

Genival Veloso de França

# DIREITO MÉDICO

12ª edição

Revisão, atualizada  
e ampliada

**Doutrina, legislação e jurisprudência  
atinentes à profissão médica**

- Apêndice com os principais Códigos de Ética das profissões de saúde e declarações internacionais da Associação Médica Mundial



# DADOS DE COPYRIGHT

## Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe [Le Livros](#) e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudiável a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo

## Sobre nós:

O [Le Livros](#) e seus parceiros disponibilizam conteúdo de domínio público e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: [LeLivros.org](#) ou em qualquer um dos sites parceiros apresentados [neste link](#).

***"Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível."***



# DIREITO MÉDICO



O GEN | Grupo Editorial Nacional reúne as editoras Guanabara Koogan, Santos, Roca, AC Farmacêutica, Forense, Método, LTC, E.P.U. e Forense Universitária, que publicam nas áreas científica, técnica e profissional.

Essas empresas, respeitadas no mercado editorial, construíram catálogos inigualáveis, com obras que têm sido decisivas na formação acadêmica e no aperfeiçoamento de várias gerações de profissionais e de estudantes de Administração, Direito, Enfermagem, Engenharia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Educação Física e muitas outras ciências, tendo se tornado sinônimo de seriedade e respeito.

Nossa missão é prover o melhor conteúdo científico e distribuí-lo de maneira flexível e conveniente, a preços justos, gerando benefícios e servindo a autores, docentes, livreiros, funcionários, colaboradores e acionistas.

Nosso comportamento ético incondicional e nossa responsabilidade social e ambiental são reforçados pela natureza educacional de nossa atividade, sem comprometer o crescimento contínuo e a rentabilidade do grupo.

---

**GENIVAL VELOSO DE FRANÇA**

Professor Titular de Medicina Legal da Universidade Federal da Paraíba.

Membro da Academia Nacional de Medicina Legal.

# DIREITO MÉDICO

**12. edição**

revista, atualizada  
e ampliada



Rio de Janeiro

- A EDITORA FORENSE se responsabiliza pelos vícios do produto no que concerne à sua edição, aí compreendidas a impressão e a apresentação, a fim de possibilitar ao consumidor bem manuseá-lo e lê-lo. Os vícios relacionados à atualização da obra, aos conceitos doutrinários, às concepções ideológicas e referências indevidas são de responsabilidade do autor e/ou atualizador.

As reclamações devem ser feitas até noventa dias a partir da compra e venda com nota fiscal (interpretação do art. 26 da Lei n. 8.078, de 11.09.1990).

- Direitos exclusivos para o Brasil na língua portuguesa

*Copyright* © 2014 by

**EDITORAFORENSE LTDA.**

Uma editora integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional

Travessa do Ouvidor, 11 – Térreo e 6º andar – 20040-040 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (0XX21) 3543-0770 – Fax: (0XX21) 3543-0896

forense@grupogen.com.br | www.grupogen.com.br

- O titular cuja obra seja fraudulentamente reproduzida, divulgada ou de qualquer forma utilizada poderá requerer a apreensão dos exemplares reproduzidos ou a suspensão da divulgação, sem prejuízo da indenização cabível (art. 102 da Lei n. 9.610, de 19.02.1998).

Quem vender, expuser à venda, ocultar, adquirir, distribuir, tiver em depósito ou utilizar obra ou fonograma reproduzidos com fraude, com a finalidade de vender, obter ganho, vantagem, proveito, lucro direto ou indireto, para si ou para outrem, será solidariamente responsável com o contrafator, nos termos dos artigos precedentes, respondendo como contrafatores o importador e o distribuidor em caso de reprodução no exterior (art. 104 da Lei n. 9.610/98).

- Capa: Danilo Oliveira

1ª edição – 1975 – Fundo Editorial Byk / 11ª edição – 2013

- CIP – Brasil. Catalogação na fonte.

Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

F881d

França, Genival Veloso de, 1935–

Direito médico/Genival Veloso de França. – 12. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense, 2014.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-309-5216-7

1. Medicina legal. 2. Ética médica. 3. Medicina – Legislação.

I. Título.

06-2415.

CDD 614.1

CDU 340.6

*Este livro dedico a mim mesmo. Não se deve ver neste gesto um despropósito ou exagerado capricho, mas um simples tributo a quem vive acreditando com demasiado otimismo nesta iniciativa.*

**Nota da Editora:** o Acordo Ortográfico foi aplicado integralmente nesta obra.

---

## NOTA DO AUTOR

Esta décima segunda edição de *Direito Médico*, revista, atualizada e ampliada, continua com o selo da Editora Forense, cujo desempenho de suas editorações tem sido aplaudido por tantos quanto utilizam seus textos no interesse didático, científico e profissional, sem esquecer o capricho e o bom gosto de suas apresentações.

Mesmo mantendo o plano das edições anteriores, este livro traz uma análise bem aproximada do que representa os direitos à vida e à integridade do corpo e da vida, os deveres dos indivíduos e a obrigação do estado com a saúde em uma sociedade organizada, tudo isso visto pela ótica das normas, da doutrina e da jurisprudência pertinente.

A razão de trazer a lume este trabalho, como tenho dito, foi colocar na arena das discussões o significado do exercício da profissão médica diante das obrigações e deveres com o ser humano e com o conjunto da população, e o quanto este profissional necessita para desempenhar seu indispensável mister.

Não é segredo o fato de o legislador ou o aplicador da lei terem dificuldades para responder a uma avalanche de situações que surge hodiernamente da relação entre o médico e o paciente, neste momento de tanto tumulto, quando as ciências biológicas e da saúde são seduzidas mais e mais pelos acenos irresistíveis da ciência e da tecnologia.

Espera-se do nosso legislador, a exemplo do que ocorre em outros países, a elaboração de normas sobre ética e segurança em torno de experimentos biológicos, com regras bem definidas e proibições abrangentes a respeito de: patentes de genes; terapias genéticas e alterações gênicas em animais, que lhes causem sofrimento ou defeitos orgânicos; manipulação, produção e conservação de embriões humanos; patenteamento de sequência de DNA; modificação do material genético de pessoas vivas, exceto para tratamento de doenças; e liberação da natureza de partículas do DNA ou de organismos geneticamente transformados capazes de vida livre independente.

Ninguém discute que a ciência e a tecnologia constituem na atualidade a principal força produtiva da sociedade. Também não podemos deixar de reconhecer que a não tecnologia é uma proposta antiética. Portanto, o que se condena não é a tecnologia em si, mas a sua tirania, seu monopólio na construção da convivência humana. Com certeza vamos necessitar dela, porém sem o seu caráter de dominação e de hegemonia. Enfim, o importante será mantermos sempre uma reflexão ético-jurídica ajustada aos novos paradigmas científicos, sem o racionalismo utilitarista de que se utiliza certa parte da sociedade de consumo.

As ciências da saúde necessitam de uma ordem ditada pela ética e moldada em regras de conduta que balizem os deveres e as obrigações dos seus agentes, principalmente quando esta nova ordem permitiu uma mudança nunca imaginável. Assim, este formidável avanço, mesmo espetacular pelos resultados, não poderia passar sem uma análise mais cuidadosa, sempre no sentido de preservar os interesses do progresso e da dignidade humana.

O grande risco no futuro é que as ciências da saúde afastem-se de seu modelo de ciência e arte a serviço da melhoria das condições dos níveis de vida individual e coletiva e passem a manipular substancialmente a vida humana. As ciências da saúde e o progresso assombroso das ciências genéticas criam essa possibilidade quando se procura selecionar um tipo de homem que aparentemente é o ideal. Neste contexto elitista o corpo humano surge como um projeto ambicioso que parece concretizar nossos sonhos mais imediatos.

Dessa forma, muitos são os imperativos que exigem do Direito resposta mais firme nestes complicados caminhos tão desafiantes e sedutores. Sente-se a necessidade premente que se regulamentem todos estes procedimentos anunciados em favor da vida e da saúde da população.

O desafio foi feito. Tenho certeza de que meu esforço não será em vão. Espero que este trabalho possa ajudar a encontrar o rumo desejado.

---

# PREFÁCIO

## A Propósito de Direito Médico

A existência humana, individualmente considerada, ou enquanto convivência dos homens em sociedade, constitui, como bem ressalta o eminente penalista italiano Arturo Rocco, o centro de irradiação por excelência de todos os bens ou interesses juridicamente protegidos.

A vida, a integridade corporal, a honra e a liberdade são bens supremos da pessoa humana, cuja eficiente proteção se faz dever precípua do estado, na sua ação de preservar as condições básicas de perpetuação da espécie e de manter a ordem e a tranquilidade indispensáveis à sobrevivência das comunidades.

O bem da vida é de tal magnitude que a cultura humana tenta protegê-lo até mesmo naquelas condições excepcionais e precaríssimas – a situação dos conflitos internacionais –, quando o domínio da força bruta se instala, negando o próprio Direito, quando tudo é contraditório e paradoxal. As chamadas leis da guerra expressam, com firmeza, a intenção da humanidade para que, na hipótese de não se poder evitar a insânia coletiva, criem-se as condições de impedimento à prática das crueldades inúteis e se favoreçam as possibilidades de restabelecimento imediato da paz entre as nações.

Com as recentes descobertas científicas e o fantástico desenvolvimento da tecnologia, aumentaram, sem dúvida, da parte do homem, os poderes de domínio sobre a Natureza, mas cresceram também os perigos de destruição da vida. Os horrores das guerras mais recentes demonstram, à saciedade, que o crescimento acelerado das ciências e das técnicas não se fez acompanhar de um desenvolvimento paralelo no campo da Moral. O descompasso entre as duas ordens continua existindo, a demonstrar, nos seus paradoxos e incoerências, as contradições inerentes à condição humana.

É que as ciências da natureza, em si mesmas, são neutras para o mundo dos valores. A desintegração do átomo abre perspectivas de salvação ou de destruição total. Cabe à nossa consciência moral saber aplicá-la. E essa decisão pertence ao mundo normativo, vale dizer, ao mundo dos deveres e obrigações. O que “é” e o que “deve ser” são, portanto, duas janelas do espírito, em que nos debruçamos para observar e admirar a realidade.

Na verdade, nós vemos os fatos, ou enquanto eles simplesmente “são”, ou os observamos enquanto eles “devem ser”, segundo os padrões éticos e jurídicos da civilização a que pertencemos.

Se a técnica expressa o diálogo entre as mãos e o cérebro, também demonstra o quanto ela deve estar subordinada à razão prática, disciplinadora da ação, a fim de que não se desvirtue a natureza humana, mas que ela se desenvolva na plenitude de suas dimensões.

O médico, na sua missão de *prevenir, aliviar, tratar e curar*, está no centro das atividades preservadoras da vida. A sua atividade profissional lida com os bens supremos do indivíduo, protegidos, como já vimos, pela ordem estatal. Daí a íntima relação entre a Medicina e o Direito e as razões para que se inclua a Medicina Legal entre as disciplinas que formam os currículos dos respectivos cursos.

Recentemente, podemos observar a crescente complexidade dos temas e problemas que são objeto da chamada Jurisprudência Médica nos programas de Medicina Legal. O exercício legal e ilegal da medicina, o segredo médico, a omissão de socorro, a responsabilidade médica, a cirurgia plástica, a fecundação artificial, o aborto, as medidas antinatalistas, a esterilização humana, as experiências científicas no homem, os transplantes de órgãos e tecidos, a eutanásia constituem alguns dos magnos problemas que permanentemente atingem a atividade profissional do médico e o comportamento social do mundo em que vivemos. Há plena justificação, a nosso ver, para que se crie, de forma independente, nos currículos dos cursos de Medicina e de Direito, a disciplina *Legislação Médica*, ou, na terminologia do Prof. Genival Veloso de França, *Direito Médico*, onde se estudem todas as normas *jurídico-positivas* atinentes à profissão médica, ou com as quais o médico está intimamente relacionado, em virtude da própria natureza de suas atividades. Em consequência, a Medicina Legal limitar-se-ia ao estudo da técnica pericial forense, ou medicina pericial. Existe toda uma legislação esparsa em diversos diplomas legais, que tornariam uma estrutura orgânica e coerente, facilitando não só exata interpretação do *jus constitutum*, mas também possibilitando, nesse particular, valiosas pesquisas acerca do *jus constituendum*.

Acreditamos, assim, ser sumamente valiosa a ideia do mestre Genival Veloso de França, ao justificar a importância teórico-prática da criação dessa nova matéria, tão rica em perspectivas, que é a *Legislação Médica ou Direito Médico*, nos cursos de Medicina e de Direito.

**Prof. Tarcísio Burity (in memoriam)**

---

## OBRAS DO AUTOR

- Noções de Jurisprudência Médica*. 3. ed., João Pessoa: Editora Universitária, 1982.
- Direito Médico*. 12. ed., Rio de Janeiro: Forense, 2014.
- Flagrantes Médico-Legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1974.
- Flagrantes Médico-Legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1983.
- Flagrantes Médico-Legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- Flagrantes Médico-Legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- Flagrantes Médico-Legais (V)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2000.
- Flagrantes Médico-Legais (VI)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2002.
- Flagrantes Médico-Legais (VII)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2006.
- Flagrantes Médico-Legais (VIII)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2006.
- Flagrantes Médico-Legais (IX)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2008.
- Flagrantes Médico-Legais (X)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2010.
- Pareceres I*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- Pareceres II*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- Pareceres III*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- Pareceres IV*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- Comentários ao Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil*, 4. ed., Rio de Janeiro: Forense, 2010 (em parceria com Genival Veloso de França Filho e Roberto Lauro Lana).
- Erro Médico – um enfoque sobre sua origem e consequências*. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002 (em parceria com Julio Cezar Meirelles Gomes e José Geraldo de Freitas Drumond).
- Error Médico*. Buenos Aires: B. de F. Ltda., 2002 (em parceria com Júlio César Meirelles Gomes e José Geraldo de Freitas Drumond).
- Medicina Legal*. 9.<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Fundamentos de Medicina Legal*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- Perícia Médica Judicial (Alcântara, HR)*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 (coordenador da atualização).

---

# ÍNDICE SISTEMÁTICO

Introdução – Em favor do Direito Médico

Capítulo 1 – A Medicina e o Direito

- 1.1. Introdução
- 1.2. O pensamento hipocrático
- 1.3. Os direitos do paciente
- 1.4. A quem pertence o prontuário?
- 1.5. Receita médica
- 1.6. O consentimento do paciente
- 1.7. A velha e a nova ética médica
- 1.8. Os direitos do periciando
- 1.9. A ética no Direito
- 1.10. Fundamentos de um Código de Ética Médica
- 1.11. A estrutura do Código de Ética Médica atual
- 1.12. As razões do Código de Ética Médica de 1988
- 1.13. A medicina do futuro e seus riscos
- 1.14. Referências bibliográficas

Capítulo 2 – Exercício Legal e Exercício Ilegal da Medicina

- 2.1. Introdução
- 2.2. Exercício legal da medicina
- 2.3. Conselhos de Medicina
- 2.4. Médico estrangeiro domiciliado na fronteira
- 2.5. Inscrição de médico deficiente
- 2.6. Exame de qualificação de médico recém-formado
- 2.7. Inscrição de médico estrangeiro refugiado/asilado
- 2.8. Suspensão do registro por doença incapacitante
- 2.9. Anotações de penalidades na carteira profissional do médico infrator
- 2.10. Exercício ilegal da Medicina
- 2.11. Charlatanismo
- 2.12. Curandeirismo
- 2.13. Os limites do ato médico
- 2.14. Interdição cautelar
- 2.15. Revalidação de diploma médico
- 2.16. Referências bibliográficas

Capítulo 3 – Liberalismo Médico

- 3.1. Introdução
- 3.2. Aspecto legal
- 3.3. Sindicalismo médico
- 3.4. Medicina-empresa
- 3.5. Especialismo médico
- 3.6. Socialização da Medicina
- 3.7. Valorização do Sistema Unificado de Saúde (SUS)

- 3.8. Medicina de fábrica
- 3.9. Medicina de grupo
- 3.10. A greve e a ética
- 3.11. Auditoria médica
- 3.12. Junta Médica
- 3.13. Direito de internar e atender
- 3.14. O Código do Consumidor e o exercício da Medicina
  - 3.14.1. A responsabilidade civil do médico
  - 3.14.2. O ato médico como prática abusiva
  - 3.14.3. Os planos de saúde e as cláusulas abusivas
- 3.15. O médico e o Estatuto da Criança e do Adolescente
- 3.16. O médico e o meio ambiente
  - 3.16.1. O direito à sanidade
  - 3.16.2. O direito ao meio ambiente saudável
- 3.17. As cooperativas médicas e a dupla militância
- 3.18. *Managed care*
- 3.19. Medicina baseada em evidências
- 3.20. Os riscos da medicina preditiva
  - 3.20.1. Intimidade genética
- 3.21. Saúde e liberdade
- 3.22. Segunda opinião
- 3.23. Por uma medicina política
- 3.24. Violação do direito à saúde
- 3.25. Programa Saúde da Família
- 3.26. A evolução social do médico no Brasil
- 3.27. Serviço médico obrigatório
- 3.28. Referências bibliográficas

#### Capítulo 4 – Atestados Médicos

- 4.1. Introdução
- 4.2. Aspectos ético-legais
- 4.3. Alcance e limites do atestado em relação ao laudo médico
- 4.4. Carteira de saúde de sequelados
- 4.5. O atestado médico e o segredo
- 4.6. Diagnóstico codificado
- 4.7. Laudo piedoso
- 4.8. Testes de gravidez e atestados de esterilidade na admissão ao trabalho
- 4.9. Atestado por especialista
- 4.10. Atestado para si mesmo
- 4.11. Atestado de óbito
- 4.12. Testes pré-admissionais para AIDS
- 4.13. Referências bibliográficas

#### Capítulo 5 – Segredo Médico

- 5.1. Introdução
- 5.2. Aspectos legais
- 5.3. Escolas doutrinárias
- 5.4. Os limites do sigilo
- 5.5. Quando se diz que não houve quebra do sigilo
- 5.6. Conflitos entre o médico e o segredo
- 5.7. Privacidade e sigilo em informática médica
- 5.8. Situações especiais
- 5.9. Segredo médico: obrigação quando no exercício da profissão
- 5.10. Conclusões
- 5.11. Referências bibliográficas

## Capítulo 6 – Honorários Médicos

- 6.1. Introdução
- 6.2. Mercantilismo
- 6.3. Critérios de avaliação do honorário
- 6.4. Honorário médico tabelado
- 6.5. Honorário médico parcelado
- 6.6. Aspecto legal
- 6.7. Prescrição de honorários
- 6.8. Cobrança judicial
- 6.9. Quando não cobrar
- 6.10. De quem cobrar
- 6.11. Situações especiais
- 6.12. Honorários periciais
- 6.13. Referências bibliográficas

## Capítulo 7 – Publicidade e Publicações Médicas

- 7.1. Publicidade médica
- 7.2. Mercado da personalidade
- 7.3. Publicações médicas
- 7.4. Informações médicas
- 7.5. A Medicina e a Imprensa
- 7.6. Uso de marcas e nomes comerciais
- 7.7. Boletim médico
- 7.8. Telemedicina
  - 7.8.1. A relação médico-paciente
  - 7.8.2. A responsabilidade dos médicos
  - 7.8.3. Responsabilidade do paciente
  - 7.8.4. A qualidade da atenção e a segurança na telemedicina
  - 7.8.5. História clínica do paciente
  - 7.8.6. Recomendações
  - 7.8.7. Conclusões
- 7.9. Critérios para material impresso (receituários, formulários, guias e outros)
- 7.10. Promoção pessoal: como fazê-la de forma ética?
- 7.11. Referências bibliográficas

## Capítulo 8 – Tratamentos e Condutas Arbitrários

- 8.1. Introdução
- 8.2. Aspectos ético-legais
- 8.3. Transfusões de sangue em Testemunhas de Jeová
- 8.4. Greve de fome
- 8.5. Condutas de contenção de pacientes
- 8.6. Limites da revista corporal
- 8.7. Bancos de dados de DNA
- 8.8. Castração química
- 8.9. Referências bibliográficas

## Capítulo 9 – Omissão de Socorro

- 9.1. Introdução
- 9.2. Aspectos legais
- 9.3. A ordem administrativa e o exercício médico
- 9.4. A consciência do perigo
- 9.5. Plantão “a distância”
- 9.6. Condutas na urgência e na emergência
- 9.7. Referências bibliográficas

## Capítulo 10 – Responsabilidade Médica

- 10.1. Introdução
- 10.2. Conceito geral
- 10.3. Antecedentes
- 10.4. Responsabilidade profissional
- 10.5. Deveres de conduta do médico
  - 10.5.1. Dever de informação
  - 10.5.2. Dever de atualização
  - 10.5.3. Dever de vigilância e de cuidados
  - 10.5.4. Dever de abstenção de abuso
- 10.6. Elementos da responsabilidade
- 10.7. Aspectos jurídicos
- 10.8. Contrato de Prestação de Serviços Médicos.
- 10.9. Resultado adverso
- 10.10. Erro médico
- 10.11. Responsabilidade penal do médico
  - 10.11.1. Imprudência médica
  - 10.11.2. Negligência médica
  - 10.11.3. Imperícia médica
    - 10.11.3.1. Negligência dos centros complementares de diagnóstico
    - 10.11.3.2. Negligência em transfusões de sangue
- 10.12. Prescrição penal e prescrição civil
- 10.13. Ato médico: obrigação de meios ou de resultados?
- 10.14. Responsabilidade civil do médico
- 10.15. Consentimento esclarecido e responsabilidade civil
- 10.16. Responsabilidade funcional do estudante
- 10.17. Responsabilidade médica derivada
- 10.18. Socialização do risco médico
- 10.19. Política de prevenção de risco de erro médico
  - 10.19.1. Fatores de risco
- 10.20. Deveres de conduta das entidades prestadoras de serviços médicos
- 10.21. Responsabilidade civil das instituições de saúde do hospital e banco de sangue
- 10.22. Responsabilidade civil dos laboratórios e de diagnóstico por imagem
- 10.23. Como proceder diante da alegação de erro médico
  - 10.23.1. Algumas advertências
  - 10.23.2. Afinal, o que se deve fazer?
- 10.24. Mediação, conciliação e arbitragem médica e de saúde
- 10.25. A perícia do erro médico
  - 10.25.1. O nexa causal
  - 10.25.2. As concausas
  - 10.25.3. Os aspectos circunstanciais do ato médico
  - 10.25.4. O estado anterior do paciente
  - 10.25.5. Os padrões médico-legais
- 10.26. Responsabilidade solidária
- 10.27. Responsabilidade do paciente ou de terceiros
- 10.28. Responsabilidade trabalhista e residência médica
- 10.29. Responsabilidade dos bancos de dados de DNA
- 10.30. Alta hospitalar
- 10.31. Referências bibliográficas

## 11. Cirurgia Plástica

- 11.1. Introdução
- 11.2. Aspectos éticos e jurídicos
- 11.3. Cirurgia plástica: obrigação de meios ou de resultado?
- 11.4. Cirurgia da transexualidade
- 11.5. Cirurgia plástica nos Tribunais
- 11.6. Referências bibliográficas

## Capítulo 12 – Direitos do Feto

- 12.1. Introdução
- 12.2. Aspectos civis
- 12.3. Aspectos penais
- 12.4. Intervenções fetais
- 12.5. O feto e a pesquisa
- 12.6. Meios diagnósticos invasivos
- 12.7. Atos médicos perigosos e polêmicos
- 12.8. Conclusões
- 12.9. Referências bibliográficas

## Capítulo 13 – Reprodução Assistida

- 13.1. Introdução
- 13.2. Aspectos médico-legais
- 13.3. Aspectos jurídicos
- 13.4. Implantação ovular e a “barriga de aluguel”
- 13.5. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida (Anexo único da Resolução CFM n.º 2.013/2013)
- 13.6. Bancos de embriões humanos
- 13.7. Aspectos negativos das técnicas de reprodução assistida
- 13.8. A adoção de embriões congelados: uma alternativa ético-política
- 13.9. Clonagem humana
- 13.10. Seleção de sexo
- 13.11. O sigilo médico e a reprodução humana assistida
- 13.12. Conclusão
- 13.13. Referências bibliográficas

## Capítulo 14 – Aborto Legal e Aborto Criminoso

- 14.1. Introdução
- 14.2. Aborto terapêutico
- 14.3. Antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia
- 14.4. Aborto sentimental
- 14.5. Aborto eugênico
- 14.6. Aborto social
- 14.7. Aborto por motivo de honra
- 14.8. Aborto livre
- 14.9. Tentativas de legalização do aborto
- 14.10. Referências bibliográficas

## Capítulo 15 – Esterilização Humana

- 15.1. Introdução
- 15.2. Esterilização por indicação social
- 15.3. Esterilização por indicação médica
- 15.4. Esterilização dos anormais
- 15.5. Aspectos legais
- 15.6. Referências bibliográficas

## Capítulo 16 – Medidas Antinatalistas

- 16.1. Introdução
- 16.2. O autocontrole das espécies
- 16.3. A realidade brasileira
- 16.4. Por trás do “planejamento familiar”
- 16.5. A intervenção estrangeira
- 16.6. A farsa de Malthus
- 16.7. A astúcia imperialista
- 16.8. Estrutura demográfica – um assunto político
- 16.9. Meios antinatalistas abortivos

- 16.10. Aspectos jurídicos
- 16.11. Aspectos éticos
- 16.12. Estimativas demográficas do Brasil
- 16.13. Contracepção de urgência
- 16.14. Conclusão
- 16.15. Referências bibliográficas

## Capítulo 17 – Pesquisas em Seres Humanos

- 17.1. Introdução
- 17.2. Aspectos legais
- 17.3. Direito à integridade biológica
- 17.4. A ética e a ciência
  - 17.4.1. A tecnologia biomédica e o princípio da equidade
  - 17.4.2. Tecnologia biomédica e relação médico-paciente
  - 17.4.3. A educação médica e a tecnologia
- 17.5. Pesquisa em indivíduos sadios
- 17.6. Engenharia Genética
- 17.7. Experiências com células-tronco embrionárias
- 17.8. Experiências em condenados
- 17.9. Castração química
- 17.10. Torturas por meios médicos
- 17.11. A questão do consentimento
- 17.12. Protocolo de pesquisa
- 17.13. O projeto Genoma Humano
- 17.14. Referências bibliográficas

## Capítulo 18 – Transplantes de Órgãos e Tecidos

- 18.1. Introdução
- 18.2. Critérios técnicos
- 18.3. Aspectos ético-legais
- 18.4. Comentários à nova Lei dos Transplantes
- 18.5. O decreto regulamentador
- 18.6. Críticas à legislação atual dos transplantes
- 18.7. Mercado de estruturas humanas
- 18.8. Ventilação eletiva para doação de órgãos
- 18.9. Doação de órgãos de anencéfalos
- 18.10. Transplante de face
- 18.11. Referências bibliográficas

## Capítulo 19 – Eutanásia

- 19.1. Introdução
- 19.2. Fundamentos
- 19.3. Aspectos éticos
- 19.4. No fim da vida: um itinerário de cuidados
- 19.5. Testamento vital (*living will*)
- 19.6. O paciente que vai morrer: direito à verdade
- 19.7. Tratamento da dor crônica
- 19.8. A alienação da dor
- 19.9. Sacralidade e qualidade da vida
- 19.10. Sobrevivência privilegiada
- 19.11. Conclusões
- 19.12. Referências bibliográficas

## Capítulo 20 – Legislação Acerca da Morte

- 20.1. Introdução
- 20.2. Conceito atual de morte

- 20.3. Disponibilidade do cadáver
- 20.4. Cremação de cadáveres
- 20.5. Necropsias clínicas
- 20.6. Necropsia médico-legal
- 20.7. Utilização de cadáveres no ensino e na pesquisa médica
- 20.8. Quem deve fornecer o atestado de óbito?
- 20.9. O atestado de óbito e a ética nos desastres de massa
- 20.10. Partes anatômicas
- 20.11. O médico e a morte
- 20.12. Cesárea *post mortem*
- 20.13. Gravidez, morte encefálica e transplantes de órgãos
- 20.14. A participação médica na pena de morte
- 20.15. Cuidados paliativos
- 20.16. Referências bibliográficas

## Apêndice

### 1. Conselhos de Medicina

Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957

Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004

Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958. *DOU*, de 25.07.1958

Regulamento a que se refere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957

### 2. Código de Ética Médica

### 3. Código Internacional de Ética Médica e Algumas Declarações de Princípios, Resoluções e Recomendações

Código Internacional de Ética Médica da AMM

Declaração de Bali

Declaração de Budapeste

Declaração de Caracas

Declaração de Cingapura – Sobre Maus-Tratos e Negligência à Criança

Declaração de Estocolmo

Declaração de Genebra

Declaração de Hamburgo (I)

Declaração de Hamburgo (II)

Declaração de Havana

Declaração do Hawái

Declaração de Helsinque (IX)

Declaração de Hong Kong (I)

Declaração de Hong Kong (II)

Declaração de Hong Kong (III)

Declaração de Hong Kong (IV) – Sobre Maus-Tratos ao Ancião

Declaração de Lisboa (I)

Declaração de Lisboa (II)

Declaração de Lisboa (III)

Declaração de Madrid (I)

Declaração de Madrid (II)

Declaração de Madrid (III)

Declaração de Malta (I)

Declaração de Malta (II)

Declaração de Manila

Declaração de Marbella

Declaração de Marbella (II)

Declaração de Nova Delhi

Declaração de Oslo

Declaração de Ottawa

Declaração de Ottawa (II)

Declaração de Pilanesberg (I)

Declaração de Pilanesberg (II)

Declaração de Pilanesberg (III)

Declaração de Pilanesberg (IV)

Declaração de Santiago  
Declaração de Rancho Mirage (I)  
Declaração de Rancho Mirage (II)  
Declaração de Rancho Mirage (III)  
Declaração de São Paulo  
Declaração de Sidney  
Declaração de Somerset West (I)  
Declaração de Somerset West (II)  
Declaração de Tel Aviv (I)  
Declaração de Tel Aviv (II)  
Declaração de Tel Aviv (III)  
Declaração de Tóquio  
Declaração de Vancouver (I)  
Declaração de Vancouver (II)  
Declaração de Vancouver (III)  
Declaração de Veneza (I)  
Declaração de Veneza (II)  
Declaração de Viena (I)  
Declaração de Viena (II)  
Declaração de Viena (III)  
Declaração de Washington  
Declaração de Direitos da Pessoa Mentalmente Deficiente  
Declaração de Princípios Éticos dos Médicos do Mercosul  
Declaração Universal dos Direitos do Homem  
Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos  
Recomendação de Bali  
Recomendação de Bruxelas  
Recomendação de Bruxelas (III)  
Recomendação de Budapeste (I)  
Recomendação de Budapeste (II)  
Recomendação de Cingapura  
Recomendação de Marbella  
Recomendação de Munique  
Recomendação de Rancho Mirage  
Resolução de Estocolmo  
Resolução de Hamburgo  
Resolução de Nova Delhi  
Resolução de Nova Delhi (II)  
Resolução de Ottawa  
Resolução de Paris  
Resolução de Rancho Mirage  
Resolução de Santiago  
Resolução de Seul (I)  
Resolução de Seul (II)  
Resolução de Tel Aviv (I)  
Resolução de Tel Aviv (II)

4. Código de Ética Odontológica

5. Código de Ética Farmacêutica

6. Código de Ética do Médico Veterinário

7. Código de Ética do Estudante de Medicina

8. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

9. Código de Ética Profissional do Administrador Hospitalar

10. Código Internacional de Ética para os Profissionais de Saúde no Trabalho

Salmo para um indigente

Salmo para um cadáver desconhecido

Salmo para um deficiente

Bibliografia

Índice alfabético-remissivo

---

# INTRODUÇÃO

## EM FAVOR DO DIREITO MÉDICO

O avanço vertiginoso das ciências biológicas, notadamente no campo da biologia molecular e, mais precisamente, com notável feito dos estudos e aprimoramentos da cartografia do gene humano, nos remete a uma reflexão mais profunda do que isso representa nas relações jurídicas contemporâneas. E mais: como o direito propiciará fundamentos para sua discussão doutrinária e como o operador jurídico encaminhará suas razões nos pleitos apreciados pelos tribunais.

Certamente isto não será fácil a partir da concepção de que os assuntos da biotecnologia são intrincados e que pertencem a um grupo muito reduzido de pessoas, as quais guardam tais informações de forma muito pessoal. Por outro lado, existe uma tradição em nosso ordenamento jurídico que questões desta ordem sejam de garantir quase de forma absoluta os que promovem programas nesta área do conhecimento. A tradição tem sido legislar e arbitrar a partir de uma opção consensual e anuente, e não sobre o que deriva das soluções mais controvertidas.

Ainda que se diga que tais projetos devam estar contidos em legislações específicas e rigorosas, faz-se mister repetir que a qualidade da lei depende muito da contribuição cada vez maior do conjunto da sociedade e da participação cada vez maior da comunidade científica consciente como meio de purificar a lei.

Difícil também é saber como esta contribuição deve ser feita, levando em conta a complexidade do tema, a forma de organização da comunidade científica e a maneira de aplicação de todo esse conhecimento à racionalidade prática do ordenamento jurídico. Só vemos um caminho: o da estruturação e o da regulamentação de um Direito Médico, a partir do momento que se entenda ser o direito de ser protegido contra as doenças, o direito à vida, o direito à integridade biológica e a obrigação do estado para com a saúde numa sociedade organizada seja tutelada por normas justas e equilibradas. A razão é simples: a existência humana, seja ela considerada de forma individual ou coletiva, será sempre a maior das referências entre todos os bens e valores juridicamente protegidos. Mesmo que esta ideia não seja ainda consensual na doutrina vigente.

Este formidável e grandioso avanço das ciências biológicas, notadamente no campo genético-molecular, significa uma indiscutível proposta em favor do homem de amanhã; todavia, este domínio sobre a natureza pode nos aproximar do abismo da destruição da vida. Os horrores da especulação médica em experimentações humanas nos campos de concentração nazistas é uma lamentável prova de que há um risco de descompasso entre as Ciências e a Moral. A má utilização da ciência pode despencar para a programação arbitrária de pessoas, o controle abusivo da sociedade e o domínio abjeto da natureza.

Isto não quer dizer que se excluam das necessidades do homem atual e do futuro as vantagens do

progresso da ciência e a efetiva e vantajosa participação do pesquisador. Não. Desde que o cientista não se renda a uma visão tecnicista e consumista do mundo, pois o homem, antes de tudo e apesar de tudo, quer viver bem.

Nesta concepção de modelo, não se vê apenas a necessidade de abrigar princípios admitidos como pré-positivos, como o do respeito à dignidade da pessoa humana, mas a de contemplar em um corpo doutrinário tudo aquilo que diz respeito a um quadro compatível dos interesses das ciências biológicas e da ordem pública e social. Assim, por exemplo, não é justo impedir o mapeamento competente do DNA humano, codificando toda sua estrutura e armazenando esses dados no computador, quando isto tem o propósito de relacionar certas doenças e genes a um determinado quadro patológico. Não é a mesma coisa utilizar estes dados no sentido de utilizar este material genético para especular ou na criação de bancos de dados para interesses inconfessáveis.

Tudo isto, acreditamos, é motivo bastante para se redefinir alguns conceitos do Direito, criando-se um espaço de discussão para o Direito Médico, pois é inegável que estes fatos e consequências se discutidos de forma esparsa e aleatória, além de se perder a conexão que o assunto impõe, permite-se a desconsideração do progresso das ciências biológicas e do que isto representa e interessa a toda humanidade.

Para alguns a expressão “Biodireito” seria mais apropriada, a qual abrangeria toda licitude da atividade científica no campo da biomedicina, mesmo que importasse na sua discutível “jurisdicizarização”. O Biodireito estaria mais voltado aos requisitos jurídicos da proteção da dignidade humana e nas regras de convivência social enfocadas na esfera da Bioética, que estabelecem a qualidade de “ser humano”, tomando como enfoque uma visão ética e política. Enquanto o Direito Médico se concentraria no aspecto doutrinário e normativo das relações humanas e institucionais nas questões que envolvem os interesses sobre a vida e a saúde do homem e as condições de habitabilidade do meio ambiente. Uma permeada pelos princípios fundamentais do Direito Médico; outro, baseado em tutelas preventivas, coativas e indenizatórias. Uma, volta mais ao direito “*constituendo*”; outro, integrado no direito “*constituído*”.

A compreensão ajustada do Direito Médico se mostra mais imperiosa a partir do momento em que se tornam mais e mais possíveis certas manipulações no campo das ciências biológicas, o que importa não só uma reformulação e uma adaptação das ciências do comportamento, mas também da regração jurídica. E nisso vai se tratar não apenas do direito à integridade física e moral assegurado constitucionalmente a cada homem e a cada mulher, como o direito de não sofrer torturas e sevícias ou de não ser submetido a outras formas de tratamento ou castigo cruel, mas principalmente do direito de ser protegido contra intervenções biológicas com interesses condenáveis, como as experiências especulativas e as manobras reprováveis em torno da reprodução humana e das desordens genéticas.

Não é de hoje que se pergunta: o corpo do homem pode ser objeto de uma manipulação biológica indiscriminada? Qual o limite do cientificamente possível e do eticamente válido? A moral hodierna e o direito constituído são claros ao assegurar o uso devido das inovações da moderna biotecnologia? Quem vai controlar o manipulador?

Para assegurar respostas imediatas a tantas questões, seriam indispensáveis, além da discussão de ordem doutrinária a cada uma das situações apresentadas, ter-se regras muito transparentes e objetivas, pelo menos sobre assuntos como: o destino dos embriões congelados após o uso da reprodução chamada assistida; a decisão sobre o regime de filiação e da sucessão na heteroprocriação dita artificial; a licitude da clonagem com a produção de indivíduos iguais e em série; a possibilidade da gravidez masculina, da fecundação entre gametos humanos e animais e da gestação de embriões humanos em animais; a

modificação intencional do código genético humano para formação de um indivíduo “melhorado”; entre outros.

A primeira coisa a ser considerada, portanto, no que se refere ao direito à integridade biológica, é que essas intervenções ocorrem sobre o homem e que elas podem afetar não apenas seu corpo, mas sua dignidade. Não se trata, pois, de uma simples questão moral ou de uma opinião política, senão da preservação do próprio ser humano, no seu contexto mais amplo.

O perigo está, por isso, mais para diante, em se estender o conceito utilitarista de pessoa, que hoje já exclui os nascituros e os pacientes terminais, ou estimular a “coisificação” do corpo humano, divorciando o conceito de pessoa de sua estrutura corporal, ou estimulando qualificações entre o indivíduo da espécie humana e pessoa.

Há certas áreas de pesquisa – entre elas a da pesquisa genética em fetos e embriões – que não receberam ainda um cuidado mais imediato nos seus aspectos éticos e legais, certamente porque não são seres humanos considerados como pessoas. Não é por outra razão que estão produzindo embriões hermafroditas.

Estamos sob a égide de uma Constituição que orienta o estado no sentido da dignidade da pessoa humana, tendo como normas a promoção do bem comum, a garantia da integridade física e moral do cidadão e a proteção incondicional do direito à vida. Torna-se evidente a necessidade do controle das manipulações biológicas com normas mais específicas como fator indispensável na manutenção da ordem pública e do equilíbrio social. Seu fim precípua é a criação de meios e condições para que as pessoas sejam protegidas em todos os seus valores e que possam desenvolver plenamente todas as suas aptidões e ocupar o lugar que está destinado a cada um de nós.

Mesmo que as ciências biológicas sejam uma área do conhecimento viva e dinâmica, não são valores absolutos a que todos os outros estejam sistematicamente subordinados. Começam eles a merecer objeções quando comprometem o indivíduo ou os interesses de ordem social. Essa proteção, portanto, não visa apenas à defesa da própria pessoa, mas, antes de tudo, ao interesse ético-político da coletividade.

Qualquer ameaça à integridade física ou à saúde de um único homem numa intervenção especulativa é, indubitavelmente, um ato de lesa-humanidade, um atentado contra todos os homens.

Uma situação bastante duvidosa, não tanto pela intenção, mas pelos possíveis resultados, é a da terapia gênica. Seu fundamento é transferir genes de um organismo para outro, a fim de que se tornem perfeitamente adequados ao novo hospedeiro, e como meio de substituir uma informação genética anômala, causadora de perturbações por desordens gênicas.

O problema está na integração desse novo material, como capaz de gerar danos irreversíveis no *gene* essencial da célula hospedeira, pois qualquer dano subsequente, em vez de encerrar-se com o indivíduo, continuará e marcará as gerações seguintes. Ademais, o grande risco na política da tecnologia genética é transformar isso numa ameaça em grande escala, visando a interesses econômicos ou políticos, através de alterações gênicas arbitrárias. Ou mesmo permitindo a existência de programas paralelos, caracterizando verdadeiros *mercados negros* biológicos.

Desse modo, existe uma considerável demanda de situações novas a exigir do Direito respostas e soluções nestes intrincados assuntos da biotecnologia. Mesmo sabendo-se que tais temas pertencem a um acervo muito recente do conhecimento humano, tal contribuição será insuprível na regulamentação das técnicas e no destino das aplicações às necessidades da população – sem esquecer que existe uma tradição de deixar acontecer para depois regular.

Pelo menos, no que tange à reprodução assistida, será necessário que se criem normas específicas

mais precisas e uma política de controle sobre as intervenções genéticas, evitando os tribunais paralelos da eugenia, como já se vem fazendo no “controle de qualidade dos bebês”, através do exame no líquido amniótico, descartando-se os “fetos de má qualidade” ou aperfeiçoando os considerados “fora de padrão”, por meio do chamado *aborto eugênico*.

Mesmo que se diga serem esses projetos de legislação muito específicos e rigorosos, faz-se mister dizer que é por demais importante a participação de todos neste caminhar, porque ninguém pode ficar fora desta responsabilidade, pois estão em jogo a sorte das liberdades individuais e o destino da pessoa humana como espécie.

## A MEDICINA E O DIREITO

**Sumário:** 1.1. Introdução. 1.2. O pensamento hipocrático. 1.3. Os direitos do paciente. 1.4. A quem pertence o prontuário? 1.5. Receita médica. 1.6. O consentimento do paciente. 1.7. A velha e a nova ética médica. 1.8. Os direitos do periciando. 1.9. A ética no Direito. 1.10. Fundamentos de um Código de Ética. 1.11. A estrutura do Código de Ética atual. 1.12. As razões do Código de Ética de 1988. 1.13. A medicina do futuro e seus riscos. 1.14. Referências bibliográficas.

### Código de Processo Penal

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

Art. 159. O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior.

§ 1.º Na falta de perito oficial, o exame será realizado por 2 (duas) pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame.

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

§ 3.º Serão facultadas ao Ministério Público, ao assistente de acusação, ao ofendido, ao querelante e ao acusado a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico.

§ 4.º O assistente técnico atuará a partir de sua admissão pelo juiz e após a conclusão dos exames e elaboração do laudo pelos peritos oficiais, sendo as partes intimadas desta decisão.

§ 5.º Durante o curso do processo judicial, é permitido às partes, quanto à perícia:

I – requerer a oitiva dos peritos para esclarecerem a prova ou para responderem a quesitos, desde que o mandado de intimação e os quesitos ou questões a serem esclarecidas sejam encaminhados com a antecedência mínima de 10 (dez) dias, podendo apresentar as respostas em laudo complementar;

II – indicar assistentes técnicos que poderão apresentar pareceres em prazo a ser fixado pelo juiz ou ser inquiridos em audiência.

§ 6.º Havendo requerimento das partes, o material probatório que serviu de base à perícia será disponibilizado no ambiente do órgão oficial, que manterá sempre sua guarda, e na presença de perito oficial, para exame pelos assistentes, salvo se for impossível a sua conservação.

§ 7.º Tratando-se de perícia complexa que abranja mais de uma área de conhecimento especializado, poder-se-á designar a atuação de mais de um perito oficial, e a parte indicar mais de um assistente técnico.

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

Parágrafo único. O laudo pericial será elaborado no prazo máximo de 10 dias, podendo este prazo ser prorrogado, em casos

excepcionais, a requerimento dos peritos.

Art. 161. O exame de corpo de delito poderá ser feito em qualquer dia e a qualquer hora.

Art. 162. A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

Parágrafo único. Nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa de morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante.

Art. 164. Os cadáveres serão sempre fotografados na posição em que forem encontrados, bem como, na medida do possível, todas as lesões externas e vestígios deixados no local do crime.

Art. 180. Se houver divergência entre os peritos, serão consignadas no auto de exame as declarações e as respostas de um e de outro, ou cada um redigirá separadamente o seu laudo, e a autoridade nomeará um terceiro; se este divergir de ambos, a autoridade poderá mandar proceder a novo exame por outros peritos.

Art. 181. No caso de inobservância de formalidades ou no caso de omissões, obscuridades ou contradições, a autoridade judiciária mandará suprir a formalidade, complementar ou esclarecer o laudo. (Redação dada pela Lei n.º 8.862, de 28.3.1994.)

Parágrafo único. A autoridade poderá também ordenar que se proceda a novo exame, por outros peritos, se julgar conveniente.

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

Art. 277. O perito nomeado pela autoridade será obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa de dez a cinquenta centavos, salvo escusa atendível.

Parágrafo único. Incorrerá na mesma multa o perito que, sem justa causa, provada imediatamente:

- a) deixar de acudir à intimação ou ao chamado da autoridade;
- b) não comparecer no dia e local designados para o exame;
- c) não der o laudo ou concorrer para que a perícia não seja feita, nos prazos estabelecidos.

### **Código de Processo Civil**

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

Art. 421. O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para a entrega do laudo.

§ 1.º Incumbe às partes, dentro de cinco dias, contados da intimação do despacho de nomeação do perito:

- I – indicar o assistente técnico;
- II – apresentar quesitos.

§ 2.º Quando a natureza do fato o permitir, a perícia poderá consistir apenas na inquirição pelo juiz do perito e dos assistentes, por ocasião da audiência de instrução e julgamento a respeito das coisas que houverem informalmente examinado ou avaliado.

# Código de Ética Médica

## Capítulo I

### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII – O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII – O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV – O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV – O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na

independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX – O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII – Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV – Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada à herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## 1.1. INTRODUÇÃO

A Medicina é tão antiga quanto a dor, e seu humanismo tão velho quanto a piedade humana. Tem como finalidade precípua a investigação das mais diversas entidades nosológicas e estabelecer condutas, no sentido de manter ou restituir a saúde dos indivíduos. É também missão dessa ciência orientar e esclarecer os legisladores na elaboração das leis sobre fatos médicos e fomentar o bem social. É, em suma, uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer natureza.

Há de se convir que a Medicina não pode afastar-se de sua tradição, toda ela mergulhada em rigorosos conceitos de moral, tendo como base o mais antigo e filosófico dos documentos médicos – o Juramento de Hipócrates, escrito há mais de 2.500 anos, por esse notável homem que, arrancando dos deuses a arte de curar, a entregou aos homens.

Assim, no início, a arte médica ora estava nas mãos dos feiticeiros, ora nas dos sacerdotes, pois eram a saúde e a doença simples desígnios da divindade. Hoje, ao penetrar no período científico ou moderno, apresenta-se ela como instituição da maior necessidade e de transcendente significação.

Já o Direito tem efetivação mais recente, pois nas sociedades primitivas a norma era desconhecida. Os conflitos surgidos eram solucionados pela força e pela astúcia. Com a repetição dessas situações, foi o homem vendo que as experiências vividas eram ou não úteis e vantajosas, constituindo-se uma modalidade de decisão. Assim nasceu o costume.

Com o aparecimento do grupo familiar, criou-se a chamada responsabilidade coletiva.

À medida que os tempos passavam, foram sendo conhecidas outras formas de delito, como a culpa e a infração involuntária.

Surge, finalmente, o Estado como uma necessidade de harmonizar, em uma linha mestra, as

atividades de relação das comunidades, com uma língua comum, costumes, tradição e espaço territorial, constituindo tudo isso a nacionalidade.

Dessa maneira, é fácil entender que o Direito é anterior à lei, pois esta só pode determinar aquilo que é justo.

À proporção que o Direito e a Medicina foram evoluindo, surgiram inevitavelmente certos pontos de contato, havendo necessidade de criar-se uma nova ciência. Então, surgiu a Medicina Legal, que, entre outras coisas, se propõe a explicar a um e a outra determinados aspectos que interessam sobretudo ao equilíbrio e à harmonia da vida social.

Por isso, a Medicina Legal requer conhecimentos especiais, pois que trata de assuntos exclusivamente de interesse da Medicina e do Direito, quando relacionados. Não basta ser apenas um bom médico para desempenhar bem e fielmente as funções técnico-legais. Também não deverá o estudioso da Medicina Legal ser apenas um bom relator das mais diversas lesões violentas, mas ao concluir suas decisões deve, por antecipação, prever a grande e notável contribuição que seu parecer poderá representar na interpretação e na decisão dos aplicadores da lei.

Ser simplesmente um bom relator em juízo é tarefa que qualquer um pode desempenhar, até mesmo não médicos, pois a lei admite como peritos “pessoas idôneas portadoras de diploma de curso superior, escolhidas entre os que tiverem habilitação técnica relacionada à natureza do exame”. Porém, iluminar a Justiça à altura de suas necessidades é atribuição completamente diversa, que exige, além de conhecimentos médicos e não médicos, uma profunda compreensão dos múltiplos problemas que interessam à administração da Justiça.

O juiz, não tendo a onipresença nem a onisciência de Deus, necessita de informações para fundamentar a sua sentença. Onde não há uma verdadeira contribuição da Medicina Legal, fica a Polícia Judiciária à mercê da boa vontade de um ou de outro médico, para a aquisição de um relatório médico-pericial, a fim de esclarecer um fato de interesse da lei. Será uma Polícia Judiciária desaparelhada, incapaz de atender a um mínimo necessário para o cumprimento de sua alta e nobre missão – a de esclarecer a Justiça quando da apuração dos mais complexos problemas que interessam ao interpretador da lei.

Apenas para configurar a importância indiscutível da Medicina Legal, bastaria a responsabilidade do ensino da Deontologia Médica, cujos conhecimentos da legislação e da moral são de máxima importância na vida profissional do médico, a fim de criar na consciência do iniciante o conhecimento e a compreensão do espírito hipocrático, ameaçado de submergir no terrível naufrágio da decadência moral dos tempos hodiernos. Tais ensinamentos nos dão, portanto, o conhecimento dos malefícios que a crescente renúncia aos dogmas deontológicos vem causando à nossa profissão.

Mas os deveres dos médicos, em geral, para com a sociedade não são apenas subordinados aos fatos de Medicina Legal. Hoje, a medicina curativa tornou-se uma instituição de interesse coletivo, em que o Estado passou a exigir mais dos profissionais da Medicina, como elementos de grande valia para estabelecer a ordem pública e a paz social.

Em quase todos os países do mundo, as atividades dos médicos estão estruturadas por leis, quer no terreno individual da clínica privada, quer nas instituições de caráter público. São eles solicitados por tribunais como elementos esclarecedores dos mais diversos assuntos médicos. O ginecologista atual enfrenta problemas de ordem moral ligados à contracepção, ao aborto, à esterilização cirúrgica e à fecundação artificial heteróloga; nos serviços de urgência, o médico se depara com o diagnóstico de morte, nos casos de transplante; o psiquiatra pode se ver na necessidade de responder a questões ligadas à responsabilidade penal e à capacidade civil; o investigador clínico poderá ser interpelado a respeito

do emprego de um novo medicamento; o cirurgião plástico não está isento de responder civilmente por uma operação cujo resultado não satisfizesse seu cliente; o médico de clínica privada não poderá recusar uma declaração de diagnóstico de um paciente, quando se impõe a quebra do sigilo profissional por um imperativo de ordem legal.

A responsabilidade civil do médico vai se estruturando num sistema que, de fato e de direito, é cada vez mais rigoroso. Sua cultura, sua formação e sua ética o colocam numa situação de plena responsabilidade, que os próprios médicos não deixam de aceitar, pois a Medicina adquiriu, nestes últimos anos, segurança e perfeição técnicas suficientes para oferecer possibilidades maiores de cura, de bem-estar físico, social e psíquico. As pesadas obrigações jurídicas que surgem da evolução contemporânea são a inevitável contrapartida dos notáveis progressos da medicina moderna.

Não estamos mais no tempo em que as relações entre o médico e o paciente eram apenas de deveres do paciente, e, sim, na época em que o doente é conhecedor dos seus direitos diante da Medicina. A assistência dos planos e seguros de saúde e dos seguros tornou os pacientes profundamente perturbados acerca dos seus direitos, às vezes, muito mais que da saúde. Já não estamos mais nos tempos em que o relacionamento médico-paciente era simplesmente, no dizer de Porthes, “um diálogo entre a ciência e a consciência”.

A evolução social segue um ritmo acelerado e atualmente são muitos os problemas comuns à Medicina e ao Direito.

A evolução técnica da Medicina e o número cada vez mais crescente de especialistas tiveram como consequência uma nova estruturação nas suas relações. Disso resulta que nem sempre é fácil aos médicos aceitarem a evolução dessas estruturas, nem a intervenção judicial no exercício de uma profissão que exige condutas eminentemente pessoais, em circunstâncias as mais diversas.

A complexidade desses problemas reside na impotência da Justiça de entrar no mistério do próprio médico. Pensou-se até na criação de um tribunal composto por médicos; pois, segundo seus defensores, é necessário ter exercido a Medicina para saber o que significa essa profissão, em termos emocionais, técnicos e circunstanciais. Refutando esse argumento, os discordantes afirmam que há uma vontade sistemática de um grande número de médicos de absolver sempre as faltas de seus colegas. E alguns chegam até a declarar que é seu dever decidir invariavelmente em favor de seus companheiros de profissão.

Prevalece, no entanto, a ideia de que os tribunais civis são competentes para julgar os atos médicos, pois quando os juízes avaliam as faltas daqueles profissionais somente se manifestam após ouvirem os competentes peritos.

Quando assistimos à expansão econômica dos indivíduos, à instabilidade dos grupos sociais e ao conceito de moral, que já não se impõe com o rigor de antigamente, surge um choque de concepções, tendo de um lado a medicina e, de outro, o legislador que procura estabelecer uma ordem pública ideal.

A ideia de uma medicina acessível a todos, assentada numa legislação lógica em si mesma, encontra-se, infelizmente, em contradição com as possibilidades reais do rendimento biopsíquico do médico, possibilidades essas que a coletividade não pode apreciar com clareza. A Medicina, quaisquer que sejam as suas modalidades, exige, realmente, certa liberdade do médico.

Cada vez mais, a Medicina vai adquirindo segurança e perfeição técnica suficientes para oferecer aos doentes grandes possibilidades de cura, e esse crédito adquirido pela ciência hipocrática implica necessariamente uma responsabilidade cada vez mais rigorosa. Com o passar dos tempos, maiores são as implicações com a deontologia clássica e tradicional; todavia, o ideal médico continua o mesmo de sempre, embora a legislação evolua de modo mais pragmático.

A Medicina, principalmente nesses últimos trinta anos, sofreu um extraordinário e vertiginoso progresso, o que obrigou o médico a enfrentar novas situações, muitas delas em sensível conflito com sua formação e com o passado hipocrático. O médico teve sempre como guias sua consciência e uma tradição milenar; porém, dia a dia, surge a necessidade de conciliar esse pensamento e o interesse profissional com as múltiplas exigências da coletividade.

Há problemas que, embora transcorrido muito tempo, na verdade continuam a inquietar, pois difíceis são as soluções, tais como a *eutanásia*, o *aborto* e a *antinatalidade*. Outros existem que dependem da própria evolução das ciências biológicas e da tecnologia, entre os quais podemos destacar: 1. a *reprodução assistida*, com algumas dificuldades em definir sua licitude em determinadas circunstâncias, principalmente quando se discute a elevada mortalidade dos embriões e sua manipulação genética, a relação da filiação e o destino dos embriões excedentários; 2. o *uso de órgãos e tecidos em transplantes*, envolvendo interesses e criando choques entre doador, receptor e familiares, e, o mais importante, a dificuldade em se estabelecer uma conceituação insuspeita de morte, o que obrigou diversos organismos a se manifestarem a respeito, e o Estado a elaborar estatutos capazes de disciplinar essas intervenções; 3. a *política antinatalista* que começa a sair dos velhos padrões da contenção à gravidez, e chega ao campo da experimentação através de manipulações genéticas, partindo da organização molecular da matéria viva; 4. a *cirurgia estética*, fugindo do aspecto curativo e procurando satisfazer a vaidade e a sofisticação; 5. a *experiência científica no homem*, com o fim de se obter maiores benefícios para a humanidade, mas ainda presente a lembrança do fantasma de Nüremberg, onde as mais torpes e cruéis atrocidades foram praticadas em nome do mais humano e sagrado dos sacerdotícios – a Medicina. Na verdade, exemplo como esse deverá ser sempre repellido pelas gerações que hão de vir, pois nenhuma ciência, nenhum princípio, nem mesmo a própria humanidade podem exigir o sacrifício especulativo de um homem, prática que somente será admitida, todavia, quando constituir um último recurso, e em benefício do próprio experimentado, conforme se manifestou a Associação Médica Mundial em 1962, através da Declaração de Helsinki; 6. a *possibilidade de não prolongar a vida de um paciente considerado incurável e em doloroso sofrimento*, ou seja, aquilo que passaram a chamar de “direito de morrer com dignidade”, em que a própria Igreja manifestou-se veladamente favorável, mas a que o médico deve resistir obstinadamente, uma vez que sua arte e sua ciência não podem ser colocadas a serviço da morte, mesmo omissivamente, pois a incurabilidade é e será por muito tempo apenas uma situação de falta de recursos, de tempo e de ponto de vista; 7. o *segredo médico*, talvez o mais antigo e tradicional princípio do postulado ético-moral da Medicina, que sofreu, nos dias atuais e nos mais diversos lugares, modificações tão graves, que às vezes chega-se a pensar que ele não mais existe; 8. a *responsabilidade médica*, que com o passar dos dias vai se transformando num sistema tão complexo e de tanta generosidade aos que demandam contra os médicos, que estes, em alguns países, passaram a retrair-se, pois viam em cada paciente um demandante em potencial; 9. a *esterilização humana*, que já conta com simpatizantes no mundo inteiro, como medida ideal de controle da natalidade, é também um pretexto à desabrida intervenção de organismos internacionais em nossa autonomia; 10. a *publicidade médica*, que ultrapassada em seus limites de exigência já começa a tomar uma feição comercial, em anúncios exagerados na linguagem e na forma, culminando no que se adjetivou de “mercado da personalidade”. Há um exibicionismo inescrupuloso e de orientação mercantilista em todos os veículos publicitários, que vai desde a ostentação da caridade até os sôfregos assomos da vaidade para o vedetismo, em colunas de jornais ou em aparições nas tevês, quando o que se procura, acima de tudo, é destacar uma habilidade ou recurso heroico, salvadores de determinadas situações; 11. a *medicina que*

*se denominou socializada*, por seu turno, não somente despersonalizou a relação médico-paciente, mas criou, na mente dos doentes, uma ideia de estarem sendo tratados em série; 12. *a medicina criativa*, fundamentada na Genética, preocupando-se em criar o homem do futuro, sendo claro, no entanto, que resultados dessa natureza comprometem a dignidade humana, uma vez que não deve o homem constituir material de experimentação, não se podendo, também, estabelecer quem deva ou quem não deva ser manipulado; 13. *a telemedicina* como proposta de fazer com que o tratamento e o diagnóstico sejam feitos a distância; 14. e *a medicina baseada em evidências* que passa a aceitar apenas, como de reconhecido valor científico, as informações oriundas da pesquisa de cientistas de peso em estudos demorados e em expressivo número de pacientes observados em serviços de excelência, deixando de lado a experiência pessoal, as teorias fisiopatológicas consagradas e o resultado das investigações clínicas.

Portanto, apesar das diversidades de pontos de vista, a Medicina continuará sempre a ciência do maior interesse individual ou coletivo, exigindo-se do profissional, em todas as circunstâncias e em qualquer tempo, a proteção incondicional e a inviolabilidade da pessoa humana, devendo as decisões mais complexas encontrar apoio na inspiração da nossa consciência, e num passado que, embora distante, vive na alma de todo médico.

## 1.2. O PENSAMENTO HIPOCRÁTICO

Embora a doutrina hipocrática tenha resistido ao tempo, a vida do seu autor ainda continua pouco conhecida. Sabe-se que nasceu na pequena ilha de Cós, 400 anos antes de Cristo, tendo estudado em Atenas, praticado a Medicina na Trácia, Crotona, em Perinto, Salamina e Macedônia, morrendo com a idade de 104 ou 107 anos em Tessália.

O *Corpus Hipocraticum*, reunido por estudiosos da Escola de Alexandria nos idos do século II, ainda que mostrando pontos contraditórios, traz, no entanto, um conjunto de ideias que representa o chamado *Pensamento Hipocrático*.

A base fundamental do seu sistema foi exatamente afastar da Medicina as interpretações teológicas e as fantasiosas encenações da magia. “Proponho tratar a enfermidade chamada sagrada – a epilepsia. Em minha opinião, não é mais sagrada que outras doenças, senão que obedece a uma causa natural, e sua suposta origem divina está radicada na ignorância dos homens e no assombro que produz peculiar caráter.”

Para o Gênio de Cós, a doença nada mais era que simplesmente um processo natural, recebendo, inclusive, influência dos fatores externos, como clima, ambiente, dieta e gênero de vida. “O organismo tem seu próprio meio de recuperar-se; a saúde é o resultado da harmonia e simpatia mútua entre todos os humores; o homem saudável é aquele que possui um estado mental e físico em perfeito equilíbrio.”

Conduzia ele a Medicina dentro de um alto conteúdo ético. O diagnóstico deixava de ser uma inspiração divina para constituir um juízo sereno e um processo lógico, dependendo da observação cuidadosa dos sinais e sintomas. Era a morte da Medicina mágica e o nascimento da Medicina clínica.

Hipócrates fez com que a atenção do médico se voltasse exclusivamente para o doente e não para os deuses, abandonando as teorias religiosas e alguns conceitos filosóficos. Fez ver a necessidade e a utilidade da experimentação curativa, e passou a intervir nas fases mais precoces da enfermidade, evitando sua evolução. Em *Epidemias* descreveu com rigoroso caráter científico o desenrolar das doenças; em *Ares, Águas e Lugares*, criou o primeiro tratado de saúde pública e geografia médica; em *Histórias Clínicas*, trouxe à tona o valor do exame minucioso e a razão desse ato ser judicioso, solene e

meditado; em *Prognóstico*, além de descrever a alteração do pulso e da temperatura como elementos importantes em determinados processos patológicos, relata com a mais alta precisão os ruídos auscultados nos derrames pleurais hidrogasosos, conhecidos até hoje como *sucção hipocrática*. Escreveu ainda *Aforismos, Regime das Doenças Agudas, Articulações e Fraturas, Feridas da Cabeça, Medicina Antiga*, entre outros.

Mas foi em *Juramento* que a doutrina hipocrática logrou maior relevo e maior transcendência. Mesmo não se assentando em fundamentos jurídicos, seu postulado ético-moral permanece sendo a viga mestra de todo conteúdo dogmático que conduz a Medicina, nos dias de hoje, como sacerdotício-ciência, merecedor do aplauso e da consagração que a tecnologia moderna não conseguiu destruir.

E é neste instante de maior evolução e de grandes conquistas, em que a Ética distancia-se cada vez mais desses extraordinários resultados, que se faz sentir a imperiosa interferência do *Pensamento Hipocrático*, pela irradiação de seu sentimento moralizador, ascético e purificador, sintetizado na sua lapidar sentença: “Conservarei puras minha vida e minha Arte.”

O pensamento do Mestre de Cós está condensado nos seguintes pontos: no agradecimento aos mestres pelos ensinamentos recebidos e constituir com eles e os seus uma família intelectual; na moralidade e numa vida profissional irretocável; no respeito ao segredo médico; no benefício incondicional ao paciente, como polo principal do exercício médico; na concepção da Medicina como uma arte da observação cuidadosa e como ciência da natureza; na libertação da Medicina das mãos dos bruxos e sacerdotes.

O *Corpus Hipocraticum*, em sua essência, é de um admirável e comovente humanitarismo, de compaixão e de afetividade. Mesmo mais modernamente, nos famosos acordos internacionais, tais como o Código de Nüremberg, a Declaração de Helsinki, a Declaração de Genebra e o Código Internacional de Ética Médica, ou os Códigos nacionais aceitos pelos diversos países, paira a flama do espírito hipocrático.

O pensamento do venerável Mestre de Cós, sem quaisquer dúvidas, emprestou tanta contribuição à Medicina que fez dela a mais notável e a mais meritória de todas as profissões, a ponto de fazer valer-lhe a reconhecida e justa gratidão de toda a Humanidade.

### **1.3. OS DIREITOS DO PACIENTE**

Muita gente já admite que o próximo pleito em favor dos direitos humanos será travado num consultório médico ou numa enfermaria. E assim, em grupos ou isoladamente, os pacientes começam a levantar questões que conflitam com alguns dos postulados impostos pela Medicina, passando a contestar certos aspectos da assistência médico-hospitalar, na tentativa de participar mais ativamente das decisões tomadas em seu favor. Muitos deles chegam a afirmar que a não revelação do que deveriam saber constitui-se num golpe aos seus direitos fundamentais.

O fato não é novo. Entretanto, somente agora começa a surgir uma melhor consciência médico-paciente, assumindo forma mais franca e aberta de diálogo. Há alguns anos, criou-se nos EUA o Comitê Médico dos Direitos Humanos, cujo objetivo principal é o de permitir a participação mais ativa dos pacientes em sua assistência médica. Surgiram ainda, entre outros, o Serviço Legal de Assistência aos Pacientes e um Projeto de Libertação dos Pacientes Mentais, numa tentativa de evitar, entre outras coisas, a exploração de doentes que não sabem falar por si, mormente aqueles que são submetidos a longos períodos de internamento, alguns deles até usados como empregados.

A Associação de Hospitais Americanos (AHA) divulgou um pequeno manual intitulado *A Carta de*

*Direitos dos Pacientes.* O documento estabelece, entre outros fatos:

- informação detalhada sobre o problema do doente;
- direito de recusar tratamento dentro do limite da lei;
- detalhes completos para facilitar certas tomadas de posição;
- discricção absoluta sobre seu tratamento;
- sigilo ou omissão dos registros médicos de sua doença, quando isso possa comprometer seus interesses mais diretos;
- não aceitação da continuidade terapêutica nos casos considerados incuráveis e de penoso sofrimento;
- informações completas à família, nos casos mais dramáticos, em termos que possa entender etc.

É claro que muitos desses dispositivos quase nada acrescentam ao que se tem feito até agora, como também ninguém discute que algumas decisões mais cruciais ainda sejam da competência incondicional do médico, quando somente ele e Deus sabem o quanto custam.

Há ainda muitas pessoas que admitem existir entre o médico e o paciente uma penumbra mágica e misteriosa, dificultando um melhor entendimento, princípio elementar do relacionamento que se possa desejar.

Uma questão interessante dentro destes direitos do paciente é o de saber a verdade. Uns acham que uma total transparência nas suas relações, antes de representar um respeito à dignidade do paciente, ou um resguardo aos seus direitos, pode trazer-lhe, a longo prazo, mais danos que benefícios. Para estes, só em determinadas ocasiões poderia o doente participar das grandes decisões, de vez que sua sentimentalidade e sua inconsciência aos problemas técnicos poderiam acarretar-lhe, irremediavelmente, danos muito mais graves.

No entanto, o certo é que o *direito de saber a verdade* começa a ser mais e mais requestado, de forma insistente, por enfermos e familiares. Sabe-se que, não muito raro, os médicos mentem, ou contam meia-verdade, como forma de não perturbar emocionalmente o paciente, ou por admitirem lesar os ditames ético-morais que exigem a conveniência profissional.

Antes, nos casos de maior gravidade, a regra era mentir. Assim, diante de um agonizante ou incurável, a verdade poderia agravar seu estado, ou ferir uma sensibilidade num momento tão denso e grave. Agora, para muitos, tais pacientes são quase sempre sabedores da verdade, e a mudez dos médicos e parentes cria uma barreira de silêncio que os isola e maltrata ainda mais.

O fato é que dificilmente alguém tem uma receita de conduta nesse particular. Porém, uma coisa é certa: dizer a verdade não é sinônimo de relato frio e brutal. Ela pode ser dita com sinceridade e compaixão, entremeada de bondade e temperada de otimismo, como quem tenta fazer renascer uma esperança, porque quem ouve uma palavra de esperança é como quem escuta a voz de Deus.

Outra coisa neste aspecto dos direitos dos pacientes é o chamado “ato médico a pedido”, como, por exemplo, a *via de parto*. Numa leitura mais atenta, a escolha do tipo de parto é uma manifestação justa desde que a gravidez tenha sido devidamente acompanhada com informações adequadas e que não haja um sério prejuízo capaz de ser evitado por outra via.

Aqui não vamos analisar as taxas crescentes de cesarianas feitas sem indicação médica, muitas até por motivos inconfessáveis, mas uma margem permissível de uma ou outra cesariana feita a pedido, até porque, quando bem orientada, a gestante quase de forma absoluta aceita as ponderações feitas pelo seu

obstetra.

A Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em consonância com a Associação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), tem revelado que não é ética a prática de cesariana sem uma indicação médica formal. Admitimos que este conceito tenha o sentido saneador de coibir as epidemias de cesáreas que, diga-se de passagem, não são vistas apenas em nosso clima.

Nesta questão é muito importante que as coisas fiquem em seu devido lugar: de um lado, as indicações médicas a serem tomadas de forma inflexível quando diante da gravidade de cada caso, e, de outro, a dignidade da mulher enaltecida e protegida cada vez mais pelos direitos humanos, principalmente quando tudo transcorreu em pré-natal de baixo risco, em idade gestacional compatível e com as permanentes e necessárias informações sobre riscos e benefícios.

Tem-se pesquisado muito estatísticas sérias de complicações decorrentes de partos cesarianos, mas poucos são os números dessas ocorrências decorrentes de partos cirúrgicos eletivos ou de urgência. Acreditamos que não é preciso muito esforço para provar que na cesariana de urgência as complicações estão mais presentes, tanto na mãe como no feto.

Deve-se levar em consideração que nas entrevistas feitas entre mulheres grávidas e não grávidas a resposta é sempre a mesma: a preferência pelo parto normal. E as que fazem opção pelo parto abdominal em geral mostram-se influenciadas pela cultura, por sofrimentos de partos anteriores ou a uma manifestação pessoal de *tocofobia*. Portanto, um ou outro tipo de parto a pedido e quando permitida a indicação não justificam a negação imperiosa de uma opção.

Dizer, por exemplo, que aceita a cesárea a pedido apenas fora do serviço público não parece um bom critério. Mesmo no serviço público ou nos hospitais universitários pode-se perfeitamente defender o parto vaginal como o parto natural, mas não enxergamos nenhuma ofensa à moralidade aceitar-se uma via de parto a pedido quando isto for possível. Admitimos que, mesmo diante de um risco mínimo, pode-se atender ao pedido da gestante que não aceitou o “padrão burocrático”, mesmo sendo orientada na gravidez. Não se pode atingir a autonomia da gestante baseando-se em limites de não ultrapassagem de cifras de cesarianas. O padrão não pode ser medido entre a mulher e os números, mas entre ela e seus direitos fundamentais.

O que se repete como um mantra: *normal é parto natural* pode ter seu sentido absoluto tendo em conta a história do homem. A literatura especializada não é unânime em relação aos riscos do parto normal e das cesarianas, tanto para as mães como para os fetos. Acreditamos que há mais arrependimento em quem não fez uma cesariana do que naquele que a realizou.

Inibir as mulheres quanto ao parto abdominal exigindo delas o recolhimento de uma taxa e por meio de Documento de Arrecadação da Receita Federal (Darf), como direito à opção de cesariana a pedido, é mais uma forma descabida de punir as mulheres pobres. Certamente tal modelo seria usado depois para outros procedimentos.

Podemos até admitir que as complicações maternas são um pouco maiores nos partos abdominais, mas esta menor prevalência vem diminuindo a cada dia a partir dos cuidados com a infecção hospitalar, com a sistematização das técnicas cirúrgicas e com a melhoria das condições de vida e de saúde da população-alvo. No que diz respeito aos fetos, quando tomadas as medidas necessárias quanto à prematuridade, o parto cirúrgico continua sendo o de menor risco. Não tardará o tempo em que riscos, benefícios e custos entre o parto dito normal e a cesariana terão a mesma equivalência e a decisão do tipo de parto será tomada sempre que possível em favor do bem-estar da mulher grávida e do seu direito de autonomia e não ao aclamado *princípio da justiça*, que atende aos interesses da tecnoburocracia,

sempre preocupada na relação de despesa e receita. Nem o percentual de cesarianas praticadas deve ser o parâmetro para se medir a qualidade científica de um hospital obstétrico. Nem, por fim, querer estabelecer índices equivalentes entre as brasileiras nordestinas e as mulheres que habitam o continente gelado.

Quanto aos médicos, é claro, podem eles ter postura pessoal diante desse assunto. Podem até mostrar a suas pacientes as vantagens sobre um ou outro procedimento, e até indicar um deles. Isto faz parte da relação entre o médico e a paciente. O que o médico não pode nem deve usar é de meios coercitivos que venham contrariar um desejo da paciente, quando isto, é claro, não traz nenhum prejuízo a ela.

Finalmente, outro direito dos pacientes é o que se passou a chamar de “judicialização da saúde”: a prerrogativa que eles têm, algumas vezes, de ter como única forma de acesso à assistência médica – através de seus meios propedêuticos ou terapêutico – o caminho da Justiça.

Esse direito à saúde, mesmo consagrado no artigo 196 da Constituição Federal e garantido nas políticas públicas que se voltam em favor de melhoria de vida e de saúde, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação, na prática nem sempre é cumprido, mesmo que essas regras tenham caráter normativo. E assim o Poder Judiciário vem assumindo um papel significativo no cumprimento daqueles princípios constitucionais.

Esse direito de requerer junto ao Judiciário, sempre que alguém venha a sentir-se prejudicado, também está assegurado no artigo 5.º, inciso XXXIV, da Constituição Federal, que estabelece: “são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas: a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder”. E o caminho mais fácil e direto é o Mandado de Segurança, que se presta a agir contra atos ilegais ou com abuso de poder praticados por autoridade, por exemplo, que deixam de fornecer medicamentos ou condutas médicas indispensáveis para o tratamento da saúde.

Faz oportuno ressaltar que a luta pelo controle dos gastos com a assistência à saúde não é uma particularidade do Brasil. Atualmente, vários países enfrentam o mesmo desafio.

Por outro lado, os administradores públicos sempre tentam reverter o direito dos solicitantes com a justificativa do princípio da “reserva do possível” em favor do Estado e que a “judicialização da saúde” representa uma interferência do judiciário nas políticas de saúde. A posição dos Tribunais, por sua vez, tem sido de que este princípio não é o suficiente para ser sempre aplicado, e sim um limite fático. Para muitos juízes, as eventuais dificuldades financeiras do Estado não devem ser motivo para a não atuação do Judiciário (Queiroz M. A. S. *Judicialização dos direitos sociais prestacionais*. Curitiba: Juruá Editora, 2011).

Assim:

*AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Fornecimento de medicamento. Paciente incapaz, analfabeta e carente de recursos. Dever de assistência à saúde. Inaplicabilidade da teoria da reserva do possível quando confrontada com o mínimo existencial. Recurso desprovido.*

Mesmo em relação aos pedidos de medicamentos não constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em que a ação do medicamento não esteja vinculada especificamente à cura do paciente, o argumento dos limites dos recursos do Estado não tem prevalecido:

O Presidente do STJ, Ministro Edson Vidigal, negou ao Estado de São Paulo o pedido para suspender decisão que determinou o fornecimento gratuito do medicamento Gefitinibi a Célia

Casseb Nahuz. A decisão garante o direito da paciente, portadora de câncer no pulmão, a receber gratuitamente o medicamento, cujo nome comercial é *Iressa*. (...) No pedido de suspensão de segurança, o Estado de São Paulo alegou que o Gefitinibi *não* possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), (...). (...) Em sua decisão, o ministro Edson Vidigal afirmou não ter visto, no caso examinado, nenhuma potencialidade de lesão aos bens jurídicos a serem protegidos por eventual concessão de medida como a suspensão de segurança: relevante interesse público, grave lesão à ordem, à saúde, à economia e à segurança pública. Sustentou que a decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) de conceder medida de segurança em favor da paciente privilegiou a vida, protegendo, dessa forma, o bem jurídico mais importante que existe. “Diante da gravidade do caso concreto, *não antevejo, no simples fato de inexistir registro do medicamento no Ministério da Saúde, ameaça de lesão e à ordem ou à saúde pública*”, destacou. “Tampouco resta ameaçada, por isso, a saúde da impetrante, haja vista que a decisão condiciona o fornecimento à prescrição médica, e pela prescrição do medicamento, responde o médico requisitante.” (...). “(...) não há como concluir que o fornecimento do medicamento a uma única paciente possa causar lesão de consequências significativas e desastrosas à economia do Estado de São Paulo.” (...).<sup>27</sup>

A posição dos gestores de saúde tem sido contrária a tais pedidos, justificando sempre a situação exonômica dos municípios ou dos estados ou que pessoas que têm condições de financiar seus tratamentos venham também sendo privilegiadas nestas ações. Insistem, ainda, dizendo que a concessão quase absoluta desses pedidos vem inviabilizando o financiamento das ações de saúde e que é injusto sob o prisma do princípio de justiça distributiva, pois um único tratamento pode inviabilizar a assistência de muitas pessoas.

Sobre isso, diz a ex-Ministra do STF Ellen Gracie:

(...) a gestão da política nacional de saúde, que é feita de forma regionalizada, busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários. Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. (...) Ademais, o medicamento solicitado pelo impetrante, além de ser de custo elevado, não consta da lista do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do Ministério da Saúde, certo, ainda, que o mesmo se encontra em fase de estudo e pesquisa. (...) Finalmente, no presente caso, poderá haver o denominado “efeito multiplicador” (SS 1.836 AgR/RJ, rel. Min. Carlos Velloso, Plenário unânime, *DJ* 11.10.2001), diante da existência de milhares de pessoas em situação potencialmente idêntica àquela do impetrante. Ante o exposto, defiro o pedido para suspender a execução da liminar concedida nos autos do Mandado de Segurança n. 2006.006795-0 (fls. 31-35), em trâmite no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte. Comunique-se, com urgência.

Todavia, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina reconheceu o direito de uma criança realizar tratamento de saúde no exterior, apesar de o custo superar a cifra de 150 mil dólares:

Agravo de Instrumento. Cautelar Inominada. Liminar determinando ao Estado o depósito de numerário para tratamento da distrofia muscular de Duchene em clínica norte-americana. Deferimento *inaudita altera parte*. Admissibilidade excepcional. Transplante de células. Resultados não comprovados cientificamente. Relutância do Poder Público em custear a terapia. Direito à saúde e à vida. Prioridade absoluta a criança e adolescentes. Arts. 196 e 227, *caput*, da Constituição Federal. Art. 153 da Constituição Estadual. Princípio da efetividade. Aparente conflito de normas constitucionais, prevalência da que tutela o bem jurídico mais relevante.

Mesmo considerando os limites mais extremos dos pleitos reivindicatórios, o mais importante, nestas questões ligadas à saúde, é que o Poder Judiciário tem reconhecido, na maioria das vezes, a omissão do Estado diante de suas obrigações de ordem constitucionais, dando ao paciente o devido direito diante de uma situação que se apresenta grave e séria a sua vida e sua saúde. É necessário que se assegure como direito fundamental o que toda pessoa tem consagrado como direito, e não apenas um discurso de promessas de direito.

#### **1.4. A QUEM PERTENCE O PRONTUÁRIO?**

Entende-se por prontuário médico não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados, assim como aos documentos pertinentes a essa assistência.

Consta de exame clínico do paciente: suas fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, os relatórios da enfermagem, da anestesia e da cirurgia, a ficha do registro dos resultados de exames complementares e, até mesmo, cópias de solicitação e de resultado de exames complementares.

Constituem um verdadeiro dossiê, que tanto serve para a análise da evolução da doença como para fins estatísticos que alimentam a memória do serviço e também como para a defesa do profissional, caso ele venha ser responsabilizado por algum resultado atípico ou indesejado.

Nunca admitir que o prontuário representa uma peça meramente burocrática para fins da contabilização da cobrança dos procedimentos ou das despesas hospitalares. Pensar sempre em possíveis complicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente ocorrer, quando o prontuário seria um elemento de valor probante fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades. Um dos deveres de conduta mais cobrados pelos que avaliam um procedimento médico contestado é o dever de informar e, dentre esses, o mais arguido é o do registro dos prontuários.

Tão importante é o preenchimento correto do prontuário, que o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, através da Resolução CREMESP n.º 70/1995, criou a Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, de caráter obrigatório, nas Unidades de Saúde onde se presta assistência médica de sua jurisdição, com tempo de mandato e processo de escolha de seus membros consignados no Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição hospitalar.

Uma questão bem interessante: a quem pertence o prontuário? Antes pensava-se que ele pertencia ao médico assistente ou à instituição para a qual ele prestava seus serviços. Mesmo sendo o médico, indubitavelmente, o autor intelectual do dossiê por ele recolhido, é claro que este documento pertence ao paciente naquilo que é mais essencial: nas informações contidas. É de propriedade do paciente a disponibilidade permanente das informações que possam ser objeto da sua necessidade de ordem pública ou privada. Mas o médico e a instituição têm o direito de guarda.

Por outro lado, não existe nenhum dispositivo ético ou jurídico que determine ao médico ou ao diretor clínico de uma instituição de saúde entregar os originais do prontuário, de fichas de ocorrências ou de observação clínica a quem quer que seja, autoridade ou não, porque “ninguém está obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

No Parecer-Consulta CFM n.º 02/1994 ficou estabelecido que as instituições de saúde não estão obrigadas a enviar, mesmo por empréstimo, os prontuários aos seus contratantes públicos ou privados e, segundo o Parecer-Consulta CFM n.º 05/1996, “o diretor clínico não pode liberar cópia de prontuários de paciente para Conselhos de Saúde, porém tem o dever de apurar quaisquer fatos comunicados, dando-lhes conhecimento de suas providências, sob pena de responsabilidade ética ou mesmo criminal”.

Nem mesmo a Justiça, conforme decidiu o Supremo Tribunal Federal em acórdão do Recurso Extraordinário Criminal n.º 91.218-5/SP, 2ª Turma, pode solicitar original de prontuário, pois foi decidido que a instituição ou o médico tem o direito de não atender à requisição de fichas clínicas, admitindo que apenas ao perito cabe o direito de consultá-la, mesmo assim, obrigando-o ao sigilo pericial, como forma de manter o segredo profissional (RT 562, ago. 1982, 407/425).

Em síntese, é de propriedade do paciente de forma permanente as informações que possam ser objeto da necessidade de ordem social ou de outro profissional que venha a tê-lo na sua relação, dentro da conveniência que a informação possa merecer. Do médico e da instituição, o direito de guarda.

## 1.5. RECEITA MÉDICA

A receita médica é parte integrante do prontuário médico e constitui-se de um documento mediante o qual indica-se uma medicação e orientam-se suas formas de administração, seja de formulação magistral (preparado artesanalmente) ou de produto industrializado. Quando essa medicação é registrada em prontuários do paciente, é chamada de *prescrição médica*. Ambas têm importância médica por sua relevância estatística, econômica administrativa e legal.

Podem receitar ou prescrever medicamentos os médicos e dentistas e aqueles que estejam autorizados a fazê-lo quando em programas previamente elaborados e supervisionados em que se utilizem certos e determinados remédios ou produtos medicamentosos convencionados. As receitas médicas variam de acordo com o tipo de medicamento no que diz respeito à vigilância, supervisão e controle a serem exercidos pelos estabelecimentos farmacêuticos comerciais, pelas farmácias hospitalares e pelos setores de saúde pública competentes.

A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), em relação à receita médica, leva em consideração as seguintes normas: 1. Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências; 2. Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que altera a Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências; 3. Decreto n.º 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que Regulamenta a Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros; 4. Portaria SVS/MS n.º 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial

As receitas simples ou de remédios não controlados devem conter: 1. *Cabeçalho* – impresso que inclui nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital); registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica, podendo conter, ainda, a especialidade do

médico. 2. *Superinscrição* – constituída por nome e endereço do paciente, idade, quando pertinente, e sem obrigatoriedade o uso de um símbolo representado por um “R” cortado, que para alguns seria a abreviação de (*receptum* = receba) e para outros uma invocação ao deus Júpiter na busca de inspiração nesse instante tão significativo). Por vezes esse símbolo é omitido, e em seu lugar anota-se “uso interno” ou “uso externo”, correspondentes ao emprego de medicamentos por vias enterais ou parenterais, respectivamente. 3. *Inscrição* – compreende o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração. 4. *Subscrição* – designa a quantidade total a ser fornecida (em fármacos de uso controlado, essa quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, escritos por extenso, entre parênteses). 5. *Adscrição* – é composta pelas orientações do profissional para o paciente. 6. *Data, assinatura e carimbo* – a data deve sempre ser a da consulta. A assinatura deve constar do nome completo, embora a rubrica tenha o mesmo efeito para identificação. O carimbo não identifica o prescritor, apenas expõe o nome completo de quem subscreve a receita. O art. 35, alínea “c”, da Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, determina: “Somente será aviada a receita: que contém a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional”. Dessa forma, não existe a exigência legal do carimbo do médico em receitas, sendo, pois, opcional a sua utilização. Sua finalidade é facilitar a leitura do nome do médico. Não devem constar do carimbo convicções pessoais do médico nem seus títulos honoríficos ou universitários. Caso seja furtado ou extraviado o carimbo, deve o médico de imediato procurar uma Delegacia de Polícia e fazer um Boletim de Ocorrência.

A entrega da receita ao paciente tem o caráter obrigatório e nela devem constar as informações mínimas necessárias para orientar o tratamento. Deve ser legível e sem rasuras. O verso da receita pode ser usado para continuação da receita ou outras recomendações que se considerem necessárias ao tratamento. A receita e a prescrição em prontuários devem ser escritas a tinta, em vernáculo, de forma clara e por extenso.

Célia Maria Dias Madruga e Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza (*Manual de orientações básicas para prescrição médica*, João Pessoa: Ideia, 2009) apontam os seguintes tipos de receitas: 1. *Receita de Controle Especial* – utilizada para a prescrição de medicamentos à base de substâncias constantes das listas “C1” (outras substâncias sujeitas a controle especial), “C2” (retinoides para uso tópico) e “C5” (anabolizantes). O formulário é válido em todo o território nacional, devendo ser preenchido em duas vias. Terá validade de 30 dias a partir da data de emissão. A prescrição poderá conter, em cada receita, três substâncias da lista “C1” e de suas atualizações. A quantidade prescrita de cada substância da lista “C1”, “C5” e suas atualizações é de cinco ampolas, e, para as outras formas farmacêuticas, a quantidade refere-se a 60 dias de tratamento. 2. *Receita Azul ou Receita B* – é um impresso, padronizado, na cor azul, utilizado na prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas B1 e B2 e suas atualizações constantes na Portaria SVS/MS n.º 344/1998. Terá validade por 30 dias, a partir de sua emissão, e com validade apenas na unidade federativa que concedeu a numeração. Poderá conter cinco ampolas. Para as demais formas farmacêuticas o tratamento será correspondente a 60 dias. 3. *Receita Amarela ou Receita A* – é um impresso, na cor amarela, para a prescrição dos medicamentos das listas A1 e A2 (entorpecentes) e A3 (psicotrópicos). Poderá conter somente um produto farmacêutico. Será válida por 30 dias, a contar da data de sua emissão, em todo o território nacional. As notificações de *Receita “A”*, quando para aquisição em outra unidade federativa, exige-se que sejam acompanhadas de receita médica com justificativa de uso. E as farmácias, por sua vez, ficarão obrigadas a apresentá-las, dentro do prazo de 72 horas, à Autoridade Sanitária local, para averiguação e visto. 4. *Receita Especial de Retinoides* – lista C2 (retinoides de uso sistêmicos), com validade por um período de 30 dias e somente dentro da unidade federativa que concedeu a numeração.

Poderá conter cinco ampolas. Para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento corresponderá no máximo a 30 dias a partir da sua emissão. 5. *Receita Especial para Talidomida* – lista C3, tratamento para 30 dias; validade de 15 dias. 6. *Receita de Substâncias antirretrovirais* – lista C4. Formulário próprio, estabelecido pelo programa de DST/AIDS.

Há ainda a *Receita Renovável*, que é um modelo criado para atender os doentes crônicos. Seu sentido é evitar que o paciente tenha que se deslocar com frequência aos centros de saúde e hospitais para obtenção exclusiva de receitas. Deve ser utilizada de com cuidado, levando em conta certos requisitos.

O talão de Notificação de Receita “A” é distribuído gratuitamente ao profissional do Hospital, Clínica ou autônomo, pela Autoridade Sanitária Estadual ou Municipal. Para solicitar o talão de Notificação de Receita “A” ou retirar a numeração para imprimir os blocos de Notificação de Receita “B” ou a de Retinoides de Uso Sistêmico, o profissional deverá dirigir-se pessoalmente à Autoridade Sanitária local munido de: Carteira do CRM e documentos que indiquem sua residência.

No caso de o profissional não ter disponibilidade para comparecer pessoalmente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), poderá solicitar a retirada da ficha cadastral, talão e/ou numeração, por pessoa de sua confiança, e para tal deverá autorizá-la por escrito no receituário comum do profissional, anexando cópia da documentação: Carteira do CRM e documento que indique sua residência ou domicílio.

## **1.6. O CONSENTIMENTO DO PACIENTE**

Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e o seu incontestável destino com a obtenção do consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Assim, em tese, todo procedimento profissional nesse particular necessita de uma autorização prévia. Isso atende ao *princípio da autonomia* ou *da liberdade*, pelo qual todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor do seu próprio destino e de optar pelo caminho que quer dar a sua vida.

Desse modo, a ausência desse requisito pode caracterizar infrações aos ditames da Ética Médica, a não ser em delicadas situações confirmadas por iminente perigo de vida.

Além disso, exige-se não só o consentimento puro e simples, mas o *consentimento esclarecido*. Entende-se como tal o consentimento obtido de um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar razoavelmente uma proposta ou uma consulta, isenta de coação, influência ou indução. Não pode ser colhido através de uma simples assinatura ou de leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho das salas de operação. Mas por meio de linguagem acessível ao seu nível de conhecimento e compreensão (*princípio da informação adequada*).

O esclarecimento não pode ter um caráter estritamente técnico em torno de detalhes de uma enfermidade ou de uma conduta. A linguagem própria dos técnicos deve ser decodificada para o leigo, se não ele tende a interpretações duvidosas e temerárias. É correto dizer ao doente não só os resultados normais, senão ainda os riscos que determinada intervenção pode trazer, sem, contudo, a minuciosidade dos detalhes mais excepcionais. É certo que o prognóstico mais grave pode ser perfeitamente analisado e omitido em cada caso, embora não o seja à família.

Deve-se levar em conta, por isso, o “paciente-padrão razoável” – aquele para quem a informação é capaz de ser entendida e que possa satisfazer as expectativas de outros pacientes de mesmas condições socioeconômico-culturais. Não há necessidade que essas informações sejam tecnicamente detalhadas e

minuciosas. Apenas que sejam corretas, honestas, compreensíveis e legitimamente aproximadas da verdade que se quer informar. O *consentimento presumido* é discutível. Se o paciente não pode falar por si ou é incapaz de entender o ato que se vai executar, estará o médico obrigado a conseguir o consentimento de seus responsáveis legais (*consentimento substituto*). Deverá saber também o que é representante legal, pois nem toda espécie de parentesco qualifica um indivíduo como tal.

Deve-se considerar ainda que a capacidade de o indivíduo consentir não tem a mesma proporção entre a norma ética e a norma jurídica. A reflexão sobre o prisma ético não apresenta a inflexibilidade da lei, pois certas decisões, mesmo as de indivíduos considerados civilmente incapazes, devem ser respeitadas, principalmente quando se avalia cada situação de per si. Assim, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, mesmo legalmente incapazes, não devem ser declarados isentos de sua capacidade de decidir.

Registre-se ainda que o primeiro consentimento (*consentimento primário*) não exclui a necessidade de *consentimentos secundários* ou *continuados*. Desse modo, por exemplo, um paciente que permite seu internamento num hospital não está com isso autorizando o uso de qualquer meio de tratamento ou de qualquer conduta.

Sempre que houver mudanças significativas nos procedimentos terapêuticos, deve-se obter o consentimento continuado (*princípio da temporalidade*), porque ele foi dado em relação a determinadas circunstâncias de tempo e de situações. Por tais razões, certos termos de responsabilidade exigidos no momento da internação por alguns hospitais, onde o paciente ou seus familiares atestam anuência aos riscos dos procedimentos que venham a ser realizados durante sua permanência nosocomial, não têm nenhum valor ético ou legal. E se tal documento foi exigido como condição imposta para o internamento, numa hora tão grave e desesperada, até que se prove o contrário, isso é uma forma indisfarçável de coação.

Admite-se também que, em qualquer momento da relação profissional, o paciente tem o direito de não mais consentir uma determinada prática ou conduta, mesmo já consentida por escrito, revogando assim a permissão outorgada (*princípio da revogabilidade*). O consentimento não é um ato imutável e permanente. E ao paciente não se pode imputar qualquer infração ética ou legal.

Por outro lado, há situações em que, mesmo existindo a permissão tácita ou expressa e consciente, não se justifica o ato permitido, pois a norma ética ou jurídica pode impor-se a essa vontade, e a autorização, mesmo escrita, não outorgaria esse consentimento. Nesses casos, quem legitima o ato médico é a sua indiscutível necessidade e não a simples permissão (*princípio da não maleficência*).

O mesmo se diga quando o paciente nega autorização diante de uma imperiosa e inadiável necessidade do ato médico salvador, frente a um iminente perigo de vida. Nesse caso estaria justificado o tratamento arbitrário, onde não se argui a antijuridicidade do constrangimento ilegal nem se pode exigir um consentimento. Diz o bom senso que, em situações dessa ordem, em que o tratamento é indispensável e inadiável, estando o próprio interesse do doente em jogo, deve o médico realizar, com meios moderados, aquilo que aconselha sua consciência e o que é melhor para o paciente (*princípio da beneficência*).

O consentimento do enfermo, portanto, só é considerado irrelevante quando diante de uma necessidade imperiosa e inadiável do ato médico salvador, ou quando frente a um iminente perigo de vida haja objeção do periclitante ou de seus familiares. Estaria aí justificado o tratamento arbitrário, quando não se argui a antijuridicidade do constrangimento ilegal nem se exigem maiores consentimentos.

Qual seria a conduta de um cirurgião que descobre, no transcorrer de uma operação, uma lesão mais grave ou diferente daquela prevista, e que exige uma intervenção mais complexa ou diversa da

previamente estabelecida? Deve suspender a cirurgia e só continuá-la com o consentimento do paciente?

Diz o bom senso que, em casos dessa natureza, em que o tratamento é indispensável ou inadiável, estando o próprio interesse do paciente em jogo, deve o médico realizar tudo aquilo que sua ciência e sua consciência impõem. O mal deve ser remediado sem demora. A iniciativa do médico, em tais instantes, só deve considerar o seu próprio entendimento.

Outro fato: os termos de responsabilidade assinados pelos pacientes nas chamadas “altas a pedido” só têm valor se essa alta não implica graves prejuízos à vida ou à saúde do paciente. Caso contrário, comete-se simplesmente omissão de socorro.

Raro é o hospital atualmente que não exige dos familiares um termo de autorização para, em caso de morte do enfermo, realizar a necropsia clínica. Esse documento só terá valor se ratificado posteriormente pelos parentes ou quando os mesmos não são encontrados logo após o óbito. Caso esses familiares não mais permitam o exame, devem-se respeitar seus sentimentos. Um documento dessa natureza, obtido na hora desesperada e difícil de um internamento, até que se prove o contrário é uma forma indisfarçável de coação. Dificilmente se poderia dar algum valor moral ou jurídico a um documento desse jaez.

Um tribunal de Marselha atribuiu responsabilidade civil à conduta hospitalar que deu margem a que um internado se enforcasse, mesmo havendo uma declaração por escrito dos seus familiares, escusando toda e qualquer culpa por danos possíveis ao paciente. Ao internar o doente, sua esposa declarara por escrito isentar a clínica de toda responsabilidade “*au case ou il se livrerait sur lui ou sur les autres à des actes de violence*”. O Tribunal não aceitou essa cláusula de não responsabilidade, considerando-a “*nulle comme contraire à l’ordre publique*” (PONDÉ, Lafayette. “Responsabilidade Civil dos Médicos”, in *Revista Forense*, n.º 191, 687/688: 30-36 set./out. 1963).

## 1.7. A VELHA E A NOVA ÉTICA MÉDICA

A Medicina permaneceu por longo tempo no chamado período hipocrático, prisioneira dos rigores da tradição e das influências religiosas. Tal postura respondia a um modelo calcado no *Corpus Hipocraticum*, constituído de um elenco de normas morais imposto pelos mestres de Cós. A virtude e a prudência eram as vigas mestras desta escola.

Estes postulados, é claro, colocavam o médico muito mais perto da cortesia e da caridade que de um profissional que enfrenta no seu dia a dia uma avalanche medonha de situações muito complexas e desafiadoras. Nesta época prevalecia o princípio de que antes de tudo se deveria provar que o médico era um bom homem.

A ética do médico sempre foi inspirada na teoria das virtudes, base de todo corpo hipocrático, realçado de forma bem especial no *Juramento*. A prudência era a virtude mais exaltada. Antes, como a doença era colocada em nível de castigo, era comum se perguntar se cabia aos médios se opor a tais desígnios.

Hipócrates fez esta separação: “Proponho tratar a enfermidade chamada sagrada – a epilepsia. Em minha opinião não é mais sagrada que outras doenças, senão que obedece a uma causa natural, e sua suposta origem divina está radicada na ignorância dos homens e no assombro que produz peculiar caráter”, dizia ele em tom grave e solene.

O Gênio de Cós conduzia a medicina dentro de um alto conceito ético. O diagnóstico deixava de ser uma inspiração divina para constituir um juízo sereno e um processo lógico, dependendo da observação cuidadosa dos sinais e sintomas. Era a morte da medicina mágica e o nascimento da medicina clínica.

Foi em *Juramento* que a doutrina hipocrática logrou maior relevo e maior transcendência. Mesmo

não se assentando em fundamentos jurídicos, seu postulado ético-moral continua sendo lembrado pelo seu conteúdo dogmático que faz da medicina merecedora do aplauso e da consagração que o tempo não conseguiu destruir.

É neste instante de tantas conquistas e de tantas mudanças que sempre se invoca o sentimento moralizador e purificador do Mestre, sintetizado na sua lapidar sentença: “Conservarei puras minha vida e minha arte”.

Na verdade, somente a partir do século XV é que surgiu uma ideia mais precisa de uma deontologia (deveres e obrigações) médica orientada no sentido coletivo e social, sem no entanto se desvincular da fonte hipocrática. Somente no século passado este sistema começou a entrar em crise, principalmente quando se intensificaram as demandas judiciais contra os médicos e instituições de saúde.

A medicina vem enfrentando situações novas que as fórmulas tradicionais nem sempre lhe proporcionam a segurança de uma tomada de posição consentânea. Os aspectos da moral médica no cotidiano e a responsabilidade do médico ante o indivíduo e a sociedade estruturam-se de acordo com uma necessidade que está em constante evolução.

À medida que a medicina avança em suas conquistas e investigações, maior se torna o risco desse desenvolvimento. Longe de se diluir ou atenuar a significação da ética, faz-se ela doravante mais mister do que nunca.

A ética do médico, principalmente nestes últimos trinta anos, vem assumindo dimensões políticas, sociais e econômicas bem distintas das de antigamente. Muitos acreditam que os movimentos sociais tiveram certa influência nesta mudança, quando encamparam algumas posições em favor do aborto, da eutanásia e da reprodução assistida.

Presume-se que a partir da metade do século passado a profissão médica começou a perder os vínculos com a ética clássica e seu “paternalismo” foi perdendo força, pois sua autonomia cedia espaço para outras profissões da área da saúde. Neste instante houve uma corrida no sentido de estabelecer espaços demarcados, para alguns, como uma forma de proteção corporativa.

Uma parcela da sociedade já entende que a maior desgraça de um paciente é cair nas mãos de um médico inepto, e que de nada lhe serviram a compaixão, o afeto e a tolerância sem o lastro científico. O primeiro dever do médico para essas pessoas seria a habilidade e a atualização dos seus conhecimentos junto aos avanços de sua ciência. Todavia, é elementar que a medicina não pode se resumir a simples condição técnica, apesar dos excelentes e vertiginosos triunfos, pois é em verdade uma atividade inspirada em valores ditados por uma tradição que, embora distante, conserva-se na mente de todo médico.

Nos anos 80 do século passado, foi-se vendo que a relação médico-paciente-sociedade deveria se fazer através de princípios, e onde cada caso deveria ser tratado de forma própria. A partir daí o discurso médico tradicional sofreu uma mudança bem significativa e foi se transformando pouco a pouco, premido pelas exigências do conjunto da sociedade, com acentuada conotação econômica e social.

Assim, a ética médica contemporânea vai se ajustando pouco a pouco às ânsias da sociedade e não responde tanto às imposições da moralidade histórica da medicina. Tem mais significação nos dilemas e nos reclamos de uma moralidade fora de sua tradição. A ética fundada na moralidade interna passa a ter um sentido secundário.

Por isso, o grande desafio atual é estabelecer um padrão de relação que concilie a teoria e a prática, tendo em vista que os princípios ético-morais do médico são muito abstratos e as necessidades mais prementes dos seres humanos são prementes e práticas. O ideal seria conciliar sua reflexão filosófica com as exigências emergentes do dia a dia.

O conceito que se passa a ter de ética na hora atual, portanto, tem um sentido de se adaptar a um modelo de profissionalização que vai sendo ditado por outras pessoas não médicas. Este novo conceito de ética no contexto de cuidado médico vai se aproximando de outro modelo de ética, onde a preocupação por problemas morais complementam-se fora da medicina. O rumo da ética do médico será ajustar e supervisionar o ato profissional dentro de um espaço delimitado pelos valores sociais e culturais que a sociedade admite e necessita.

Daí, a pergunta: como conviver com a realidade diária da medicina e a reflexão filosófica que se tem de uma perspectiva teórica de ética médica? O primeiro passo é analisar os diversos contextos onde se exerce a prática médica a partir de uma compreensão da moralidade interna da profissão. Estas normas internas não devem ser desvalorizadas, mas avaliadas caso a caso.

O segundo passo é interpretar as reações que surgem da moralidade externa, tendo como referência os valores, atitudes e comportamento da própria comunidade frente a cada projeto colocado em favor da vida e da saúde das pessoas. Entre estes valores estão a doença, a invalidez, o morrer com dignidade e a garantia dos níveis de saúde.

De 1970 a 1980, houve uma grande modificação no sentido de entender a ética do médico dentro do conjunto das necessidades da profissão e das exigências contemporâneas. Surgiu a *ética dos princípios*, trazida pelos bioeticistas, oriundos de outras tantas atividades não médicas. É claro que houve um sobressalto medonho entre os estudiosos da deontologia médica clássica.

Tudo começou quando o conhecimento médico foi invadido por uma enorme avalanche de dilemas éticos e morais advindos da biotecnologia. Era difícil não aceitar os formidáveis acenos das técnicas modernas capazes de favorecer o transplante de órgãos, a reprodução assistida e a terapia gênica. Por outro lado, a sociedade tornava-se mais e mais permissiva a certos modelos que se incorporavam aos seus costumes e necessidades.

O fato é que os filósofos antigos que tinham tomado a medicina como exemplo prático da moral e que tiveram reduzidas suas influências pelo juízo hipocrático voltaram triunfantes com o advento da Bioética, batizada em 1972 e tantas vezes sacramentada na hora atual.

Daí em diante as salas de aula dos filósofos e moralistas passaram a ser ocupadas por temas como anencefalia, pacientes terminais e transplantes de órgãos. Disso resultou se perguntar: o que exatamente têm os bioeticistas a oferecer em tais contextos? Muitos acham que eles podem trazer para o centro destas discussões uma reflexão mais neutra sobre os problemas enfrentados num hospital ou clínica médica. Mas seria certo dizer que de uma discussão em matéria filosófica sempre surgem resultados valiosos em situações práticas da medicina?

Passados os primeiros instantes de euforia e de perplexão – quando os filósofos e moralistas incursionaram livremente pelas questões da ética profissional dos médicos, sob o manto desta nova ordem chamada *Bioética* –, acredita-se ter chegado a hora de se analisar e refletir sobre alguns dos aspectos oriundos desta experiência.

Antes de tudo é bom que se diga que não temos nada contra alguém que fale sobre temas ligados à vida e à saúde, principalmente quando se sabe que as teorias dos filósofos da moral podem exaltar os valores que vivem no mundo interior de cada médico, porque o filósofo “pensa e age de acordo com o ser dos homens”. Porém, é preciso entender como eles poderiam influenciar na forma de decidir quando diante de dramáticas situações, notadamente numa profissão de regras tão técnicas e racionais, onde se “age e se pensa de acordo com o ser das coisas”. E mais: é da essência do filósofo criar mais problemas que soluções.

A partir dos anos setenta, a ética médica tradicional foi influenciada pela chamada *teoria de*

*princípios*, onde se preconizavam a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a equidade, sempre se baseando no raciocínio de que, se um ato tem consequência boa e está ajustado a uma regra, ele é por consequência um ato eticamente recomendável.

De início, esta proposta foi discretamente aceita em virtude de não existir, à primeira vista, algo que se conflitasse com as teses deontológicas da velha *teoria das virtudes*. No entanto, esta teoria foi demonstrando na prática que não era suficiente para responder a muitas indagações de ordem mais pragmática, as quais exigiam respostas iminentes como, por exemplo, o aborto, a eutanásia e o descarte de embriões congelados, assuntos esses que os “princípioalistas” divergem abertamente. A maior falha deste sistema é a não fixação de uma hierarquia em seus princípios. Isto, justiça se faça, não quer dizer que a *Bioética* deixe de ser um espaço a mais para uma ampla e participativa discussão sobre temas em torno das condições de vida e do meio ambiente.

Esta doutrina hoje tem muitos adeptos em face do prestígio e da mobilização dos iniciados na *Bioética*, os quais vêm passando aos mais jovens seus conceitos como proposta de solução para os problemas éticos do dia a dia. Todavia, seus defensores, conhecendo as limitações dessas ideias, principalmente pela inexistência de uma base moral mais convincente, começam a defender a justificativa de que “não há princípios morais inflexíveis e que cada um deve condicionar sua postura de acordo com as nuances de cada caso em particular”.

Hoje, pode-se dizer que iniciamos um novo período, chamado de *antiprincípioalista*, e a justificativa moral é de que aqueles princípios se conflitam entre si, criando-se uma disputa acirrada pela hierarquia deles. Diz-se, entre outros, que aqueles princípios são insuficientes para satisfazer as necessidades dos dias de hoje e para trazer respostas aos desafios do exercício da medicina atual. Outros afirmam ainda que esses princípios são por demais abstratos e distantes das situações que se apresentam na prática do dia a dia do médico. Quando os princípioalistas discutem entre si, tem-se a impressão que os caminhos da ética são muitos e são diferentes.

Na verdade, o grande risco no futuro é que as profissões da saúde afastem-se de seu modelo de ciência e arte a serviço da vida individual e coletiva e passe a manipular substancialmente o homem. O progresso assombroso das ciências genéticas, por exemplo, cria essa possibilidade quando se procura selecionar o tipo de homem que desejamos. O eugenismo moderno já existe se não como uma ideologia coletiva, mas como legitimação de um eugenismo familiar quando se apregoa, por exemplo, o aborto dito eugenésico.

A verdade é que o médico vem se estruturando dentro de certas situações difíceis, onde os princípios mais tradicionais nem sempre lhe asseguram a certeza de uma correta tomada de posição. Vão se estruturando de acordo com uma necessidade que sempre está em franca evolução.

Mesmo que ele disponha de sua própria consciência, sob a inspiração de uma tradição milenar, não pode ele ficar indiferente a tudo isto que se verifica em seu redor. Tem-se a impressão que a ciência e a arte começam a fugir do seu domínio, num verdadeiro conflito de obrigações e deveres.

Enfim, não se sabe o que será possível realizar a medicina com seus poderosos computadores quase infalíveis. Não se pode imaginar o destino da arte médica nesses anos vindouros em matéria de sofisticação e recursos. Sabe-se apenas que já se iniciou a era dos grandes conflitos, desafiadores e terrivelmente confusos, a abrir veredas sombrias e duvidosas, e que há um frenesi e uma ansiedade neste exato momento de tumultuosas mudanças.

## **1.8. OS DIREITOS DO PERICIANDO**

Aquele que se apresenta à perícia ou está sendo examinado tem, como todo cidadão, assegurados pela Constituição Federal seus direitos individuais e coletivos, sem distinção de qualquer natureza. Entre tantos, o que está expresso em seu artigo 5.º, inciso II: “ninguém está obrigado a fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. Isso também se aplica a quem está sendo submetido à perícia quando envolve a sua própria pessoa na dimensão física ou moral que merece. Portanto, cabe ao investigando decidir sobre certas circunstâncias quando submetido a determinados testes ou exames, certo também que arcará com o ônus decorrente da sua negativa.

Mesmo cuidando-se de matéria de ordem criminal, onde sempre se assinala o interesse público preponderando em detrimento do particular, ainda assim mantém-se o direito individual, porque todo interesse coletivo começa pelo respeito a um indivíduo.

Assim, por exemplo, no processo penal (matéria de direito público), está pontificado que a descoberta da verdade jamais ultrapassará limites da decência do réu, que tem o direito de ficar calado, de se omitir à verdade e até de se recusar à participação da prova, sem que isso seja interpretado como prejuízo à sua defesa ou como confissão de culpa.

Se fosse diferente, ou seja, se a busca da verdade fosse irrestrita, sem barreiras, submetendo-se os examinandos a todas as formas de coações e violações quando submetidos às perícias, certamente voltaríamos à época da Inquisição. Aqui não cabe o jargão de que “os fins justificam os meios”, princípio despótico baseado nos modelos fascistas, que não encontram mais guarida em solo democrático.

Eis alguns dos seus direitos:

1. *Recusar o exame no todo ou em parte.* O periciando, ao manifestar a recusa de se submeter ao exame ou parte dele, não estaria cometendo o crime de desobediência, tampouco arcando com as duras consequências da confissão ficta; a uma, pela total falta de amparo legal que possa tipificá-lo no delito mencionado; a duas, porque ninguém, por autoridade que seja, poderia obrigar a alguém a submeter-se a um exame.

2. *Ter conhecimento dos objetivos das perícias e dos exames.* A informação é um pressuposto ou requisito prévio do “consentimento livre e esclarecido”. É necessário que o examinando dê seu consentimento sempre de forma livre e consciente e que as informações sejam acessíveis aos seus conhecimentos para evitar a compreensão defeituosa, principalmente quando a situação é complexa e difícil de avaliar (*princípio da informação adequada*).

3. *Ser submetido a exame em condições higiênicas e por meios adequados.* Nada mais justo do que ser examinado, independentemente de sua condição de periciando, dentro de um ambiente recatado, higiênico e dotado das condições mínimas do exercício do ato pericial. Fora dessas condições, além do comprometimento da qualidade do atendimento prestado, há um evidente desrespeito à dignidade humana. Não é de hoje que se pede à administração pública pertinente a melhoria dos equipamentos, insumos básicos e recursos humanos para a efetiva prática da perícia nas instituições médico-periciais. Essa realidade vem contribuindo para justificar a má prática pericial médica e o descaso que se tem com a pessoa do examinando.

4. *Ser examinado em clima de respeito e confiança.* Mesmo para aqueles que cometerem ou são suspeitos de práticas de delitos, qualquer que seja sua gravidade ou intensidade, o exame legispericial deve ser procedido em um ambiente de respeito e sem a censura que possa causar a quem os examina. Se o periciando é a vítima, com muito mais razão.

5. *Rejeitar determinado examinador.* O examinando não tem o direito de escolher determinado examinador, mas pode, por qualquer razão apontada, ou mesmo sem explicar os motivos, rejeitar

determinado examinador, por suspeição ou impedimento, ou mesmo por questões de ordem pessoal que podem ir desde a inimizade até mesmo a amizade próxima.

6. *Ter suas confidências respeitadas.* Certas confidências contadas pelo periciando, cujas confirmações eles não queiram ver registradas, podem ser omitidas, desde que isso não venha comprometer o exame cuja verdade deve ser apurada, algumas delas até em seu próprio favor.

7. *Exigir privacidade no exame.* O exame do periciando sempre deve ser realizado respeitando sua privacidade, evitando-se a presença de pessoas estranhas ao feito. Quando se tratar de estagiários, residentes ou estudantes, deve-se pedir a autorização do examinando, respeitando sempre seu pudor e permitindo a presença de pequenos grupos. Caso queira o examinando a presença de algum parente ou pessoa de sua intimidade e confiança, isso não compromete a privacidade exigida.

8. *Rejeitar a presença de peritos do mesmo gênero.* Esta é outra questão que se apresenta como justa e razoável. É o respeito ao pudor do examinando, seja ele homem ou mulher, atender ao pedido na escolha de um perito do seu gênero.

9. *Ter um médico de sua confiança como observador durante o exame pericial.* Mesmo que na fase da produção da prova ainda não seja a oportunidade de indicação do assistente técnico, não vemos nenhum óbice justificável para se impedir a presença de um médico da confiança do examinando durante a perícia, seja em um exame de lesão corporal, necropsia ou exumação.

Como se sabe, agora é facultada ao Ministério Público e às partes a indicação de assistentes técnicos durante o curso do processo judicial, que poderão apresentar seus pareceres em prazo a ser fixado pelo juiz ou ser inquiridos em audiência. Quando ainda no Inquérito Policial, na produção de provas, esse médico não teria as prerrogativas elencadas na Lei n.º 11.690, de 9 de junho de 2008, que altera o artigo 159 do Código de Processo Penal. Trata-se apenas de uma forma de segurança que tranquiliza o periciando ao ser examinado pela perícia oficial. Isto não é desdouro ou ofensa à credibilidade do órgão periciador, muito menos a quem o examina.

10. *Exigir a presença ou a ausência de familiares e advogados durante os exames.* Quanto à presença de um familiar durante o exame pericial, tudo faz crer não existir qualquer rejeição, principalmente quando isso se verifica a pedido do examinando. Todavia, no tocante à presença de um advogado, a questão é muito controversa.

Mesmo assim, entendemos que a Lei n.º 8.906, de 4 de julho de 1994, que dispõe sobre o Estatuto da Advocacia e a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, em seu Capítulo II – Dos Direitos do Advogado, artigo 7.º, diz em seu inciso VI, letra “c”, que são direitos do advogado “ingressar livremente em qualquer edifício ou recinto em que funcione repartição judicial ou outro serviço público onde o advogado deva praticar ato ou colher prova ou informação útil ao exercício da atividade profissional, dentro do expediente ou fora dele, e ser atendido, desde que se ache presente qualquer servidor ou empregado”.

Para tanto, seria necessário que o advogado, devidamente habilitado naquela ação, se essa é a vontade do seu assistido, não lhe cause constrangimento, desde que o advogado entenda que o perito necessita exercer suas atividades com total liberdade e independência, que não pode ter participação ativa, e sim discreta e sem causar confrontos. Isto amplia a lisura e a transparência dos atos do inquérito ou do processo.

## **1.9. A ÉTICA NO DIREITO**

Tem-se perguntado atualmente, nas questões ligadas à Bioética, se tudo cientificamente possível deva

ser considerado eticamente aceitável. E se apenas as regras elaboradas a partir da moral vigente e do direito positivo são capazes de garantir ao homem o uso correto da tecnologia mais moderna.

Assim, não é inusitado dizer-se que já nos defrontamos com alguns problemas, muitos deles sem resposta imediata, como a comercialização de estruturas humanas, a intervenção fetal por distúrbios genéticos graves, o uso de células humanas em pesquisas ligadas à reprodução humana, a criopreservação de embriões e seus destinos após a utilização de um deles em determinada reprodução assistida, a criação de animais transgênicos para possíveis operações de transplantes no futuro, a clonagem humana.

A verdade é que as ciências da natureza são neutras para o mundo dos valores, cabendo, por isso, à nossa consciência saber distinguir o que interessa ou não interessa ao futuro da humanidade. Quando assistimos aos formidáveis resultados que a nova tecnologia traz, temos de reformular algumas condutas no mundo do comportamento dos que manipulam biologicamente.

Dentre os direitos que o homem tem de não ser biologicamente manipulado, não é só aquele que lhe assegura a Constituição no que diz respeito à sua integridade física e moral, mas a proteção incondicional que ele tem de não ser invadido na sua intimidade biológica.

Ainda que as ciências biológicas constituam um setor do conhecimento que está em permanente evolução e que toda humanidade dependa dessas conquistas, isso não torna obrigatória nossa sujeição ao que sistematicamente possa ser determinado. Esse tipo de proteção não deve ser apenas a cada indivíduo isoladamente, mas acima de tudo aos interesses ético-políticos que protejam o conjunto da sociedade.

Desde logo fique bem claro que ninguém de bom senso pode ser contra qualquer alternativa séria em favor das melhorias da vida e da saúde das pessoas e das comunidades, principalmente quando se sabe que parte da nossa população sofre de todas as injustiças. O perigo está no uso inadequado que certas tecnologias poderão causar, e cujos resultados, além de tudo, possam ultrajar a dignidade humana.

No futuro, certamente, muitas serão as situações que vão exigir do Direito respostas e soluções legais em assuntos cada vez mais intrincados no campo da biotecnologia. Mesmo sabendo que algumas dessas ocorrências são recentes e que existe uma tradição na ordenação jurídica do nosso país de aceitar o que as ciências ditam, há de existir um mecanismo pelo qual eticamente as pessoas sejam protegidas. Não podemos aceitar a proposta de que se venha legislar a partir de uma neutralidade displicente, mas sobre o que advém das necessidades mais emergentes da população.

O legislador, no que se refere a muitas questões referentes à Biologia, necessita de fundamentos bioéticos precisos quando da redação das leis, evitando assim que se criem os “tribunais paralelos” agindo em interesses não tão bem explicados.

Sob outro ângulo, é muito importante que a sociedade continue vigilante e organizada, para não só saber os critérios e as pessoas envolvidas num ou noutro projeto, mas quem controlará o manipulador. Ninguém pode apenas aceitar o discurso de que os projetos de manipulação sejam tratados por regras específicas e rigorosas. É preciso entender cada vez mais que a boa qualidade da lei depende muito da opinião pública e da participação efetiva de todos como forma de obter uma norma purificada. Nunca esquecer que dessa participação dependem a sorte das liberdades individuais e o nosso próprio destino como espécie.

A inserção dos Códigos de Ética na prática médica brasileira sempre foi inspirada na tradição da medicina ocidental, que tem no *Juramento* sua sustentação e o seu ideário. Qualquer que seja sua versão ou a sua estrutura, paternalista (1945), humanitarista (1953), paternalista-humanitário (1965), autoritarista (1984) ou humanitarista-solidário (1988 e 2009), eles não fogem dos padrões hipocráticos, centralizados num compromisso que não deixe sufocar o frêmito da sensibilidade da velha Escola de

Cós.

Mesmo que as Declarações de Princípios e os Códigos internacionais, vazados em termos seculares, venham contribuindo no ajustamento das questões mais recentes, o “pensamento hipocrático”, muito mais um compromisso dos alunos com os mestres de Cós, tem dominado com seu alto conteúdo ético, permanecendo como a viga mestra de todo substrato dogmático que conduz a medicina e o médico, a ponto de merecer o respeito e a consagração que a tecnologia hodierna não consegue destruir.

Isto não quer dizer que, vivendo numa sociedade pluralista, apenas os médicos, através do seu compromisso profissional ou histórico, venham a contribuir para a formulação de regras éticas em suas atividades. Os próprios médicos reconhecem hoje a importância e a necessidade da contribuição que a sociedade como um todo venha dar às questões cujas diretrizes e valores estão em jogo na relação cada vez mais trágica entre o médico e o paciente, principalmente com ênfase ao que se chama de “direitos dos doentes”. Tal fato está claramente evidenciado dentro de uma concepção que agora é chamada de “Bioética”. Essa concepção fez com que, no atual Código de Ética, a base dos deveres do paciente não seja mais pelo fato de ele ser doente, mas pela sua condição de ser humano. Nisso aí, houve um notável avanço na relação entre o médico e o paciente, como quem assume um compromisso mais sério em querer transformar a sociedade.

Não poderia ser diferente, pois este atual Código de Ética foi elaborado exatamente no momento em que se verificava a reestruturação da sociedade civil brasileira, após um penoso e demorado período de ditadura, e quando o desejo de todos era alcançar os pressupostos básicos de um pleno estado de direito e de uma democracia representativa.

## **1.10. FUNDAMENTOS DE UM CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**

Se o refúgio do médico, na sua desesperada solidão, é tantas vezes o seu Código de Ética, ele não pode ser apenas um elemento de normas a partir da prática médica, dos costumes e das ideias, se não ele seria uma coisa neutra e estéril, acomodada e formalista. Este Código só será o refúgio de sua angústia e o norte da sua decisão se nele existirem novas concepções para os grandes desafios daquilo que deve ser feito em favor da sociedade e do homem, neste exato momento de tumultuosos confrontos.

Isto não afasta o caráter científico da medicina: contribuir para mudanças de uma estrutura social injusta e perversa. Ao contrário, quanto mais científica torna-se a medicina, mais ela se socializa pela maior abrangência de suas práticas e de seus métodos. Para se conquistar a saúde não é preciso apenas modificar a relação entre o homem e a natureza, senão também contribuir na mudança das relações sociais. E é neste momento que um Código de Ética pode reestruturar e redefinir valores, fazendo com que os médicos e as pessoas em geral exijam e lutem por isso.

Há algum tempo atrás, pontificava na elaboração de um Código desta natureza a simples ordenação de regras corporativas, quando os grupos mais elitizados de cada categoria imprimiam a filosofia e a tendência de sua aplicação. Atualmente, espera-se que esses estatutos ganhem mais espaço e liberdade, no sentido de não focar a relação do profissional com o seu assistido como uma simples conquista do corporativismo. Não há nenhum exagero em dizer-se que há motivos políticos e sociais que começam a reclamar dos profissionais uma posição mais coerente com a realidade que se vive. Assim, um Código de Ética que não for sensível às necessidades de conciliar seus fundamentos com a prática profissional digna, em favor dos pacientes e da coletividade, é um mau Código.

## **1.11. A ESTRUTURA DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA ATUAL**

A bem da verdade, como já se esperava, não houve nenhuma mudança na estrutura doutrinária ou filosófica no novo Código de Ética Médica agora em vigor. Até porque o Código revogado guarda inteira consonância com a realidade do exercício profissional médico que se vive.

Deve-se reformular um Código, seja ele de que área profissional for, quando existam notáveis e profundas mudanças no modo de pensar e agir de uma categoria e que as normas antigas tragam empecilhos e conflitos com o exercício daquela profissão ou para a devida interpretação dos Tribunais Regionais e Superior de Ética, quando da avaliação das infrações cometidas pelos profissionais no seu exercício profissional. Assim se dá com os demais Códigos que normatizam a vida em sociedade.

Outro fato: nunca ceder a determinados impulsos políticos, ideológicos ou corporativistas na elaboração e sistematização de normas éticas, mas sempre naquilo que é fundamentado no complexo de deveres e direitos exigido do pelo ideário que sempre conduziu a medicina em favor do ser humano.

A preocupação de conceituar e estabelecer limites no chamado *ato médico*, por exemplo, é sem dúvida uma tendência corporativista que elitiza a profissão e afasta os demais profissionais da área sanitária, no momento em que os conceitos mais modernos do agir em saúde, individual ou coletiva, passam a ser uma proposta baseada na multidisciplinaridade e na noção de saúde integral.

Outra coisa: não legislar *urbi et orbi*. Ter em conta que as regras éticas, mesmo se situando numa zona fronteira com as normas jurídicas, as decisões dos Conselhos não podem exagerar em suas decisões extrapolando ou inovando o ordenamento jurídico, ferindo o princípio da legalidade.

Do Código de Ética Médica de 1984 para o Código de 1988, mesmo em tão pouco tempo, houve a necessidade de uma profunda mudança: passando de um código autoritarista para um código humanitarista e solidário. Havia imperativos de uma mudança, substantiva, de qualidade e em razão dos tempos que se viveu e se passava a aspirar num estado democrático e de direito.

Não se culpe o Código de 1988 pelas incertezas e divergências das decisões e das interpretações nos julgamentos dos Conselhos, pois tal reparo se faz muito mais a partir do aprimoramento da prática judicante e da discussão e do aprendizado doutrinário de temas e circunstâncias, através do debate e da publicação de matérias, capazes de contribuir para uma aplicação racional e equilibrada da chamada ética codificada.

Como a reforma ficou apenas na inserção ou modificação esporádica de um ou dispositivo ou tão somente na mudança de expressões, pode-se dizer que o Código agora em vigor guarda inteira semelhança com o anterior.

## **1.12. AS RAZÕES DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE 1988**

O novo modelo codificador fugiu de uma orientação que pudesse parecer com um “código de etiquetas” ou um “manual de privilégios” corporativistas. Por isso, buscou-se um encontro mais explícito com a realidade social que se vive e com a prática médica que se exerce. Isso ficou muito evidente na Apresentação da primeira edição deste Código pelo Conselho Federal de Medicina: “... o Código de Ética Médica é um instrumento fundamental na regulação das relações do médico com a sociedade, e em particular com o paciente, e não um emblema corporativo.”

Elegeu-se a categoria de “ser humano”, e não a simples condição de paciente. Não trata apenas da restauração da saúde do doente, mas do “ser humano e da coletividade”, sem discriminação de qualquer natureza. O risco será não transformar o ser humano numa abstração e apenas o paciente como realidade.

Outro fato alentador é o reconhecimento da autonomia do paciente, em face do respeito pelos direitos humanos, quando do exercício do ato médico. Nas questões ligadas aos direitos humanos, o atual Código

fundamenta melhor a relação médico-paciente e deixa transparecer que existe não apenas o respeito pela cidadania, senão, também, a manifesta vontade em contribuir com a transformação social. Fica ainda evidente a exaltação ao “humanitarismo participativo”, sem as máculas do paternalismo autoritário. O que se procurou, enfim, foi descaracterizar o indivíduo como paciente ou doente e reconhecer sua condição de ser humano, preocupando-se com a pessoa antes mesmo que ela se transforme num paciente, pois “o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano”.

Embora esteja exaltado em todo corpo codificador o *princípio da autonomia*, deve-se entender que o princípio hierarquicamente superior eleito neste diploma ético foi o *princípio da beneficência*. Isso está bem claro na parte final do enunciado do artigo 51, quando trata da greve de fome: “... Em tais casos, deve o médico fazê-lo ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.”

As questões econômicas e financeiras foram tratadas de forma muito transparente, tanto quando se defende a justa remuneração (artigo 3.º) como quando se abomina o modelo comercial-lucrativo da medicina (artigo 9.º), ou a exploração do médico por terceiros com fins de lucros (artigo 10). Condena ainda o recebimento de comissões ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido (artigo 87); a exploração do trabalho médico pelos proprietários, sócios ou dirigentes de instituições de saúde (artigo 92); o exercício lucrativo da profissão médica como proprietário de farmácia (artigo 98); o exercício simultâneo da medicina e do comércio farmacêutico (artigo 99); o recebimento de remuneração a preço vil ou extorsivo (artigo 86); ou deixar de conduzir-se com moderação na fixação de honorários (artigo 89). O caráter repreensivo do lucro desonesto, por sua vez, não afastou o legítimo direito de se defender no atual Código a questão financeira dos médicos, quando se aborda a justeza dos salários e honorários (artigos 96, 97 e 100).

Não se descuidou o Código vigente das questões técnico-científicas da medicina, como forma de atender melhor aos interesses e às necessidades dos indivíduos e da comunidade, e por isso está escrito que “compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente” (artigo 5.º). Nos capítulos referentes aos transplantes e à pesquisa, esse compromisso fica bem evidente quando se ressalta o ajustamento do progresso da ciência médica com os reclamos de cada um, protegendo essa relação no sentido de colocar as coisas nos seus devidos lugares: no interesse irrecusável do progresso da ciência e no respeito à dignidade da pessoa humana.

Por outro lado, não se deve entender como corporativismo o fato de se defender certos interesses da profissão, quando se afirma, por exemplo, que “ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão” (artigo 4.º). Tal assertiva não quer dizer outra coisa senão que esse prestígio e bom conceito dependem muito da conduta ética apropriada. O mesmo se diga quando é exigida a solidariedade “com os movimentos de defesa da dignidade profissional”. Até mesmo “por remuneração digna” e “condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da medicina” (artigo 15). Ou requerer desagravo (art. VII do Código de Ética Médica – Resolução 1.931/2009). Ou não assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em defesa dos movimentos legítimos da categoria (arts. 48 e 49 do Código de Ética Médica – Resolução 1.931/2009). Tudo isso no interesse de resguardar a sua imagem, pelo respeito e pela confiança que devem merecer seus assistidos.

A sociedade como um todo não ficou à margem, pois a responsabilidade social do médico está bem evidente. Nas questões da saúde do trabalhador (artigo 12), no esclarecimento sobre as condições de trabalho e eliminação de riscos (no art. 12 do Código de Ética Médica – Resolução 1.931/2009), na denúncia sobre a poluição e deterioração do ecossistema (artigo XIII), nos problemas da condição de

trabalho e dos padrões dos serviços médicos (artigo XIV). Portanto, muito clara é a preocupação do atual Código com as condições de vida e de saúde dos indivíduos e da comunidade.

Finalmente, pode-se dizer que o Código de Ética Médica em vigor não expressa apenas uma benignidade humanitária para com os doentes, mas antes disso uma firme disposição para a ética de engajamento em que o caminho é a busca da cidadania e a garantia irrecusável a uma ampla relação entre todos os indivíduos.

### **1.13. A MEDICINA DO FUTURO E SEUS RISCOS**

É temerário tentar desenhar um quadro da medicina no futuro, porque se corre o risco de confundir ciência com ficção. Isto se deve, em primeiro lugar, aos vertiginosos avanços no campo da biotecnologia. Porém, esta tecnologia em saúde não pode apenas se voltar para as coisas mais fantásticas, mas se aproximar de uma política de integração em que o ser humano esteja integrado com o sistema solidário e responsável de saúde.

Todos sabem que o grande desafio no futuro estará no campo das doenças genéticas e muitas de suas desordens poderão ser diagnosticadas mesmo antes de uma proposta terapêutica, no instante em que se tenha decifrada por completo a cartografia gênica do homem. Enfim, saber como os genes trabalham na saúde e na doença.

A terapia gênica, mediante a introdução de “genes terapêuticos” corrigindo erros, já é um meio que começa a se desenvolver e dar resultados. Não há dúvida de que a medicina logo mais será marcada por intervenções específicas sobre a fisiopatologia molecular das enfermidades, a partir desses genes chamados “terapêuticos”. Mas vai depender muito da química, da física e da engenharia genética. Se pudéssemos, nesses próximos 20 anos, desvendar os mistérios da esquizofrenia, por exemplo, já seria um passo extraordinário, esta doença que arrasa milhões de pessoas no mundo inteiro.

Do cruzamento da genética com a farmacologia está surgindo uma nova disciplina: a farmacogenética. Sua proposta é trabalhar no sentido de conhecer que pontos específicos do genoma de uma pessoa são responsáveis pela resposta a um fármaco, avaliando, assim, se um indivíduo responderá ou não a determinada terapia. Isto permitirá que no futuro se venham fazer medicamentos de acordo com o material genético de cada paciente.

Não é de hoje que a comunidade científica internacional discute a possibilidade, os riscos e os aspectos éticos que incluem as pesquisas envolvendo as células-tronco de embriões humanos. Em geral, os que defendem a necessidade das pesquisas com células-tronco embrionárias afirmam que isto pode trazer resultados positivos no tratamento de muitas doenças, algumas delas ainda sem solução. Em contrapartida, há os que criticam o uso de embriões nestas pesquisas, admitindo que as células-tronco medulares adultas e as células-tronco do cordão umbilical poderiam obter os mesmos resultados, inclusive sem as objeções éticas apresentadas. Mesmo assim, todos admitem que esses resultados não são imediatos e que muito se tem a fazer até que se institua de vez uma terapêutica segura em favor do ser humano.

Outra coisa: logo mais os pacientes deixarão de ser espectadores das suas consultas e passarão a ser questionadores das propostas de tratamento que lhes são oferecidas, porque muitas são as informações que estão disponíveis a ponto de ser dizer que hoje não existe mais a possibilidade de uma segunda opinião, mas de quantas opiniões os pacientes possam ter acesso.

O aumento da capacidade de armazenamento de dados e o sistema de telecomunicações já estão revolucionando a forma de prestar serviços de saúde. A utilização dos microcomputadores de mão que

podem colher e enviar informações a uma base remota já é uma realidade dos nossos dias em várias áreas e nos próximos anos se disseminarão na área de saúde.

A revolução das telecomunicações começou com a era espacial e hoje é lugar comum na nossa vida. É uma tecnologia tão consagrada que quase não percebemos mais a sua presença. Na medida em que o custo de satélites caiu, as suas aplicações ficaram cada vez mais corriqueiras. Um exemplo claro é o seu uso pelas instituições bancárias.

Pensamos na medicina do futuro como uma área em que o telemonitoramento estará cada vez mais presente. E todos, médicos, instituições e pacientes estarão interconectados 24 horas por dia. Nesta linha, a saúde será uma indústria da informação. Informação entendida como o tratamento inteligente de uma série de dados.

A telemedicina, mesmo de forma tímida, já existe e funciona. Inúmeras têm sido as oportunidades em que os médicos se valeram dos recursos tecnológicos da comunicação, a exemplo do *fax*, do telefone, da videoconferência e do correio eletrônico, como forma de atender e beneficiar melhor seus pacientes. Já é possível, hoje, detectar enfartes por exames através do telefone em tempo real, ter sinais vitais do paciente transmitidos ao médico pela *Web* e poder realizar, por especialistas internacionais, cirurgias por videoconferências. Mesmo diante de tantas necessidades, dentre as profissões técnicas, a medicina é a que até agora menos se beneficiou da tecnologia, a que menos se esforça nesse sentido e a que mais tem a se beneficiar. Para tanto, o médico terá de modificar substancialmente sua formação, qualificação e o próprio comportamento profissional.

Os desafios do futuro serão: 1. Monitorar permanentemente a qualidade do atendimento que está sendo prestado. 2. Educar a população para uma melhor qualidade de vida. 3. Construir sistemas de comunicação *on-line* tão eficientes – entre os vários prestadores de atenção à saúde de modo que as intervenções possam ser realizadas em tempo real, minimizando os custos. 4. Identificar na população os pacientes que apresentam uma combinação de fatores de risco, de modo que as intervenções sejam dirigidas seletivamente em alguns grupos. 5. Caracterizar melhor e armazenar as características pessoais de cada paciente, de forma que possa ser respeitada a biodiversidade e as pessoas não sejam tratadas apenas pelo rótulo da patologia, seguindo-se protocolos preestabelecidos, mesmo que em cima das chamadas “evidências científicas”.

Os grandes riscos da medicina estarão na chamada *medicina preditiva*. Ela caracteriza-se por práticas cuja proposta é antever o surgimento de doenças como sequência de uma predisposição individual, tendo como meta a recomendação da melhor forma de preveni-las.

Por tais projetos, como se vê, muitas são as questões levantadas, tanto pela forma anômala de sua relação médico-paciente, como pela oportunidade de revelar situações que podem comprometer a vida privada do indivíduo ou submetê-lo a uma série de constrangimentos e discriminações, muitos deles discutíveis.

Não é exagero se pensar que amanhã as companhias de seguro não venham considerar a pele branca de um indivíduo um fato encarecedor das apólices apenas por uma possibilidade vulnerável de câncer de pele? Chegará um tempo certamente, com a possibilidade cada vez maior do reconhecimento no âmbito molecular, em que o perfil do DNA venha indicar propensão a uma doença cardíaca ou à possibilidade de alcoolismo que estas companhias refutem de forma peremptória ou maximizem o prêmio, tornando-o inalcançável aos aderentes de planos.

A saúde e as liberdades individuais representam, num estado democrático de direito, os bens mais fundamentais. Sendo a saúde um bem irrevogável e indispensável, cabe ao Estado sua garantia e seus meios de organização. E a liberdade como um ganho consagrador da cidadania e da luta dos povos.

Por isso, o certo é encontrar um caminho onde se procure minimizar o sofrimento e o dano por meios assistenciais à saúde sem o risco dos limites da liberdade individual capaz de ameaçar o sentido crítico das pessoas por meio de um paternalismo secular de proteção. Não há como existir ainda a chamada “superioridade de juízo”.

É neste instante que a sociedade livre e organizada pode e deve contribuir. Ou seja, não é apenas com a garantia da autonomia e da exigência do direito ao consentimento livre e esclarecido, pois este documento por si próprio não é bastante para assegurar uma relação mais respeitosa nem basta para isentar possíveis culpas. Com isso pode-se criar uma “medicina contratual” de bases falsas.

Se não levarmos em conta a autonomia das pessoas, qualquer conceito que se tenha de saúde é ambíguo e fica difícil para o poder público impor regras sanitárias, simplesmente porque tanto a saúde como a doença exigem explicações.

## 1.14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- BERLINGUER, G. Medicina e política. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- BEYON, J. G. Medicina y moral. Buenos Aires: Editorial Poblet, 1946.
- BRANDÃO, R. Direitos e deveres dos médicos. Campo Grande: RB Editora, 1996.
- CARVALHO, L. C. A ética dos profissionais de saúde: coletânea da legislação. Rio de Janeiro: Forense, 2000.
- CASABONA, C. M. R. El médico ante el derecho. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, 1985.
- CECHINE, A. L. Ética en medicina. Barcelona: Editorial Científico-Médico, 1973.
- COSTA JR. Profissões liberais: autonomia. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- DÉROBERT, L. Droit medical et déontologie médilcale. Paris: Flamariom Médecin-Sciences, 1974.
- DONANGELO, M. C. F. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira, 1993.
- DRUMOND, J. G. F. O “ethos” médico, a velha e a nova moral médica. Montes Claros: Unimontes, 2003.
- ESCARDÓ, F. Moral para médicos. Buenos Aires: Editorial Universitário, 1963. (Colección Ensayos.)
- FABIAN, C. O dever de informar no direito civil. São Paulo: RT, 2002.
- FRANÇA, G. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Direito sobre o corpo à luz da ética e da lei. O Médico Moderno, São Paulo, v. 14, n. 1, abr. 1974.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (X). João Pessoa: Editora Universitária, 2010.
- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. O direito e a medicina. JAMB, São Paulo, ano XV, n. 667, 1973.
- \_\_\_\_\_. O tempo e a medicina. JAMB, São Paulo, ano XV, n. 665, 1973.
- \_\_\_\_\_. Pareceres IV. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- FREITAS FILHO, J. H. Bioética. Belo Horizonte: Interlivros Jurídica, 1995.
- \_\_\_\_\_. Três temas médicos. Belo Horizonte: Edição do Autor, 1973.
- GALVÃO, L. C. C. Medicina legal. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
- LIMA, E. Direitos e deveres do médico. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1962.
- LOPES, O. C. A medicina no tempo. São Paulo: Melhoramentos, 1970.
- MALHERBE, J. Médecin et droit moderne. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1968.
- MARAÑON, G. La medicina e los médicos. Madri: Espasa-Calpe, 1962.
- MARTINS, E. Précis de Déontologie et Médecine Professionnelle. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1973.
- MOURÃO, J. C. (Org.). Clínica e política 2. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009.
- NEUSCHLOSZ, S. M. La medicina como ciencia y como actividad social. Buenos Aires: Losada, 1944.
- PEINADOR, A. Moral profissional. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1962.
- PRADEL, J. La condition civile du malade. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1963.
- ROSPIGLIOSI, E. V. Derecho médico peruano. Lima: Fundo Editorial Universidad de Lima, 2001.
- \_\_\_\_\_. Derecho genético. Lima: Grijley, 2001.
- SAVATIER, R. Traité de droit medical. Paris: Librairie Techniques, 1996.
- SCLIAR, M. Cenas médicas: uma introdução à história da medicina. Porto Alegre: Artes e Ofício, 2002.
- SEGRE, M.; COHEN, C. Bioética. São Paulo: Edusp, 1995.

SPORKEN, P. Medicina y ética en discusión. 2. ed. Santiago: Verbo Divino, 1982.

URTAN, C. A. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

## EXERCÍCIO LEGAL E EXERCÍCIO ILEGAL DA MEDICINA

**Sumário:** 2.1. Introdução. 2.2. Exercício legal da medicina. 2.3. Conselhos de Medicina. 2.4. Médico estrangeiro domiciliado na fronteira. 2.5. Inscrição de médico deficiente. 2.6. Exame de qualificação de médico recém-formado. 2.7. Inscrição de médico estrangeiro asilado. 2.8. Suspensão do registro por doença incapacitante. 2.9. Anotações de penalidades na carteira profissional do médico infrator. 2.10. Exercício ilegal da Medicina. 2.11. Charlatanismo. 2.12. Curandeirismo. 2.13. Os limites do ato médico. 2.14. Interdição cautelar. 2.15. Revalidação de diploma médico. 2.16. Referências bibliográficas.

### Constituição Federal

Art. 5.º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...);

XIII – É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.

### Decreto-lei n.º 4.113, de 14 de fevereiro de 1942

Art. 1.º É proibido aos médicos anunciar:

(...)

III – exercício de mais de duas especialidades;

(...)

V – especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas.

### Lei do Ato Médico

#### LEI N.º 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013.

*Dispõe sobre o exercício da Medicina.*

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei.

Art. 2.º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

- I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3.º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4.º São atividades privativas do médico:

- I – (*Vetado.*);
- II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- IV – intubação traqueal;
- V – coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- VI – execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VII – emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- VIII – (*Vetado.*);
- IX – (*Vetado.*);
- X – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
- XI – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
- XII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
- XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- XIV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1.º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

- I – agente etiológico reconhecido;
- II – grupo identificável de sinais ou sintomas;
- III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2.º (*Vetado.*)

§ 3.º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4.º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

- I – (*Vetado.*);

II – (Vetado.);

III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5.º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

I – (Vetado.);

II – (Vetado.);

III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;

IV – (Vetado.);

V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;

VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;

VII – realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;

VIII – coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;

IX – procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 6.º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7.º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Art. 5.º São privativos de médico:

I – (Vetado.);

II – perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III – ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV – coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

Art. 6.º A denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de Medicina, e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da Federação.

Art. 7.º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no *caput*, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Art. 8.º Esta Lei entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2013; 192.º da Independência e 125.º da República.

Ouvidos, os Ministérios da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda e a Secretaria-Geral da Presidência da República manifestaram-se pelo veto aos seguintes dispositivos:

Inciso I do *caput* e § 2.º do art. 4.º

“I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;”

“§ 2.º Não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva.”

Razões dos vetos

“O texto inviabiliza a manutenção de ações preconizadas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no Sistema Único de Saúde e em rotinas e protocolos consagrados nos estabelecimentos privados de saúde. Da forma como foi redigido, o inciso I impediria a continuidade de inúmeros programas do Sistema Único de Saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica. É o caso dos programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Assim, a sanção do texto poderia comprometer as políticas públicas da área de saúde, além de introduzir elevado risco de judicialização da matéria.

O veto do inciso I implica também o veto do § 2.º, sob pena de inverter completamente o seu sentido. Por tais motivos, o Poder Executivo apresentará nova proposta que mantenha a conceituação técnica adotada, porém compatibilizando-a com as práticas do Sistema Único de Saúde e dos estabelecimentos privados.”

Os Ministérios da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão e a Secretaria-Geral da Presidência da República opinaram, ainda, pelo veto aos dispositivos a seguir transcritos:

Incisos VIII e IX do art. 4.º

“VIII – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário;

IX – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;”

Razões dos vetos

“Os dispositivos impossibilitam a atuação de outros profissionais que usualmente já prescrevem, confeccionam e acompanham o uso de órteses e próteses que, por suas especificidades, não requerem indicação médica. Tais competências já estão inclusive reconhecidas pelo Sistema Único de Saúde e pelas diretrizes curriculares de diversos cursos de graduação na área de saúde. Trata-se, no caso do inciso VIII, dos calçados ortopédicos, das muletas axilares, das próteses mamárias, das cadeiras de rodas, dos andadores, das próteses auditivas, dentre outras. No caso do inciso IX, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde já reconhecem o papel de profissionais não médicos no atendimento de saúde visual, entendimento este que vem sendo respaldado no País pelo Superior Tribunal de Justiça. A manutenção do texto teria um impacto negativo sobre o atendimento à saúde nessas hipóteses.”

Incisos I e II do § 4.º do art. 4.º

“I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;

II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;”

## Razões dos vetos

“Ao caracterizar de maneira ampla e imprecisa o que seriam procedimentos invasivos, os dois dispositivos atribuem privativamente aos profissionais médicos um rol extenso de procedimentos, incluindo alguns que já estão consagrados no Sistema Único de Saúde a partir de uma perspectiva multiprofissional. Em particular, o projeto de lei restringe a execução de punções e drenagens e transforma a prática da acupuntura em privativa dos médicos, restringindo as possibilidades de atenção à saúde e contrariando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde. O Poder Executivo apresentará nova proposta para caracterizar com precisão tais procedimentos.”

### Incisos I, II e IV do § 5.º do art. 4.º

“I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;

II – cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical, e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica;”

“IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;”

## Razões dos vetos

“Ao condicionar os procedimentos à prescrição médica, os dispositivos podem impactar significativamente o atendimento nos estabelecimentos privados de saúde e as políticas públicas do Sistema Único de Saúde, como o desenvolvimento das campanhas de vacinação. Embora esses procedimentos comumente necessitem de uma avaliação médica, há situações em que podem ser executados por outros profissionais de saúde sem a obrigatoriedade da referida prescrição médica, baseados em protocolos do Sistema Único de Saúde e dos estabelecimentos privados.”

### Inciso I do art. 5.º

“I – direção e chefia de serviços médicos;”

## Razões dos vetos

“Ao não incluir uma definição precisa de ‘serviços médicos’, o projeto de lei causa insegurança sobre a amplitude de sua aplicação. O Poder Executivo apresentará uma nova proposta que preservará a lógica do texto, mas conceituará o termo de forma clara.”

## **Código Penal**

Art. 282. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites: Pena – detenção, de seis meses a dois anos.

Parágrafo único. Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Art. 283. Inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível: Pena – detenção, de três meses a um ano, e multa.

Art. 284. Exercer o curandeirismo:

I – prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;

II – usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;

III – fazendo diagnósticos:

Pena – detenção, de seis meses a dois anos.

Parágrafo único. Se o crime é praticado mediante qualquer remuneração, o agente fica também sujeito à multa.

### **Lei das Contravenções Penais**

Art. 47. Exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício: Pena – Prisão simples, de quinze dias a três meses, ou multa.

### **Lei n.º 9.649, de 27 de maio de 1998**

Art. 58. Os serviços de fiscalização de profissões regulamentadas serão exercidos em caráter privado, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa.

§ 1.º A organização, a estrutura e o funcionamento dos conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas serão disciplinados mediante decisão do plenário do conselho federal da respectiva profissão, garantindo-se que na composição deste estejam representados todos seus conselhos regionais.

§ 2.º Os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas, dotadas de personalidade jurídica de direito privado, não manterão com os órgãos da Administração Pública qualquer vínculo funcional ou hierárquico.

§ 3.º Os empregados dos conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas são regidos pela legislação trabalhista, sendo vedada qualquer forma de transposição, transferência ou deslocamento para o quadro da Administração Pública direta ou indireta.

§ 4.º Os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas ficam autorizados a fixar, cobrar e executar contribuições anuais devidas por pessoas físicas e jurídicas, bem como preços de serviços e multas, que constituirão receitas próprias, considerando-se título executivo extrajudicial a certidão relativa aos créditos decorrentes.

§ 5.º O controle das atividades financeiras e administrativas dos conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas será realizado por seus órgãos internos, devendo os conselhos regionais prestar contas, anualmente, ao conselho federal das respectivas profissões, e estes aos conselhos regionais.

§ 6.º Os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas, por constituírem serviço público, gozam de imunidade tributária total em relação aos seus bens, rendas e serviços.

§ 7.º Os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas promoverão, até 30 de junho de 1998, a adaptação de seus estatutos e regimentos ao estabelecido neste artigo.

§ 8.º Compete à Justiça Federal a apreciação das controvérsias que envolvam os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas, quando no exercício dos serviços a eles delegados, conforme disposto no *caput*.

### **Código de Ética Médica**

#### Capítulo I

#### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e

o melhor de sua capacidade profissional.

III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII – O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII – O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV – O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV – O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX – O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde

que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII – Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV – Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada à herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## 2.1. INTRODUÇÃO

O princípio constitucional de livre exercício de uma profissão não é a garantia para que qualquer um possa entregar-se sem restrição a uma atividade, mas o direito de exercê-la desde que legalmente habilitado e capaz para um determinado fim. A liberdade constitucional referente ao exercício pleno da profissão exige, de quem a exerce, autorização, idoneidade e competência.

Essa liberdade a que se refere a Carta Magna é a de poder qualquer pessoa, rica ou pobre, nacional ou estrangeira, dedicar-se a um determinado ofício, desde que tenha adquirido capacidade e habilitação legal.

Encontra-se essa liberdade relativa sujeita ao poder de polícia do Estado, pois, mesmo exercendo-se a profissão médica em caráter privado, há interesses individuais e coletivos que exigem amparo e proteção. Daí a disciplina e a regulamentação da medicina.

A medicina é uma das profissões intrinsecamente ligadas à saúde pública, e a violação das suas exigências não poderia furtar-se à categoria de crime. O que a lei prevê não é simplesmente a defesa de interesses de uma classe, nem a concorrência desonesta e ilegal que se possa verificar, mas o bem-estar da comunidade, a fim de que pessoas inescrupulosas e incompetentes não ponham em perigo a vida e a saúde pública.

## 2.2. EXERCÍCIO LEGAL DA MEDICINA

O exercício da medicina está regulamentado em todos os países do mundo, através de normas e princípios. Os interesses da profissão médica, embora implique esta um relacionamento mais ou menos reservado entre o paciente e o médico, não estão exclusivamente na esfera privada, pois a saúde dos indivíduos encontra-se no âmbito da ordem pública, admitindo-se haver maiores vantagens sociais se lhes for dada uma correta assistência.

A licença para o exercício da medicina é um ato exclusivo da autoridade do Estado. A profissão está regida por obrigações e deveres, disciplinados nas normas administrativas e universitárias. E o exercício ilegal, por sua vez, está submetido às infrações do Código Penal.

Desde os tempos mais remotos, a medicina foi sempre uma profissão liberal revestida da mais alta dignidade, em que pese não ser absoluta essa liberdade.

Em 1335, na França, João I restringiu o exercício da profissão médica aos licenciados nas Universidades. Daí em diante, em vários países da Europa, só se permitia a prática da profissão àqueles

que possuíssem um curso médico. Entre nós, somente a partir de 1891 é que se legislou acerca da profissão médica.

A Constituição Federal, em seu artigo 5.º, diz: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...);

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

Assim, compreende-se que para exercer a medicina necessita-se de uma habilitação profissional e de uma habilitação legal. A primeira é adquirida pelo adestramento através dos currículos das escolas médicas autorizadas ou reconhecidas, e a habilitação legal, pela posse de um título idôneo e pelo registro desse título nas repartições competentes.

São títulos idôneos os fornecidos por faculdades autorizadas e reconhecidas. Os médicos formados por escolas ou universidades estrangeiras terão seus títulos revalidados ao se habilitarem perante as faculdades brasileiras, independentemente de nacionalização e prestação de serviço militar.

Lei n.º 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, diz em seu art. 2.º que “O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza”. E em seu parágrafo único: O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para: I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças; III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências. Art. 3.º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem. Art. 4.º São atividades privativas do médico: I – (*Vetado.*); II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios; III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias; IV – intubação traqueal; V – coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal; VI – execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral; VII – emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos; VIII – (*Vetado.*); IX – (*Vetado.*); × – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico; XI – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde; XII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular; XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas; XIV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

### 2.3. CONSELHOS DE MEDICINA

Os Conselhos Regionais e Federal de Medicina são, em seu conjunto, órgãos dotados de personalidade jurídica de direito público e forma federativa, por delegação do poder público, conforme estabelecem a Lei n.º 3.268/1957 e o Decreto-lei n.º 44.045/1958. Goza cada um deles de autonomia administrativa e financeira e tem, como finalidade, disciplinar, fiscalizar e julgar a postura ética da atividade profissional médica em todo território nacional. Cabe-lhes, assim, zelar, por todos os meios ao

seu alcance, pelo melhor desempenho ético da medicina e dos que a exercem legalmente.

A organização, a estrutura e o funcionamento dos Conselhos serão regulados mediante decisão do plenário do Conselho Federal de Medicina, ficando vedado o estabelecimento de vínculos com a Administração Pública ou qualquer forma de intervenção por parte do poder estatal.

Os empregados dos Conselhos de profissões regulamentadas serão regidos pela legislação trabalhista, sendo vedada qualquer forma de transposição, transferência ou agregação para os quadros da Administração Pública direta ou indireta. Estes Conselhos, por constituírem serviço público, gozam de imunidade tributária total em relação aos seus bens, rendas e serviços.

Não são propriamente instituições de defesa de classe. No entanto, o são se levarmos em conta sua ação saneadora, quando, pela orientação e disciplina, mantêm a profissão no seu mais alto conceito e no seu melhor prestígio.

São atribuições do Conselho Federal de Medicina, conforme estabelece a Lei n.º 9.649, de 27 de maio de 1998: organizar seu regimento interno, inclusive adaptando à sua nova condição de órgão dotado de personalidade de direito privado não integrado à Administração Pública; aprovar regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais; votar e alterar o Código de Ética Médica ouvindo os Regionais, expedir instruções necessárias ao bom desempenho da medicina; assessorar os Conselhos Regionais em questões administrativas, processuais e financeiras; e atender em grau de recurso aos Regionais ou às partes sobre penalidades impostas em processos ético-disciplinares. Compete-lhe ainda promover diligências ou verificações relativas ao funcionamento dos Regionais, convocar eleições suplementares para os Conselhos Regionais nos casos de vacância ou de renúncia de pelo menos metade dos conselheiros e propor e aprovar seu orçamento ou os orçamentos dos Regionais.

Os Conselhos Regionais de Medicina estão instalados em cada capital do Estado ou no Distrito Federal, com as seguintes atribuições: deliberar a respeito de inscrição de médicos legalmente habilitados; manter um registro de profissionais numa determinada região; fiscalizar o exercício profissional e impor as devidas penalidades; velar pela conservação da dignidade e da independência do Conselho; apreciar e decidir sobre ética profissional, impondo as penas cabíveis; proteger e contribuir para o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e exercer atos para os quais a lei lhes confere competência. Cabe-lhes, também, elaborar proposta de seu regimento interno, expedir carteira profissional com valor legal de carteira de identidade, fiscalizar o exercício profissional de pessoa física e de pessoa jurídica de direito público ou privado, em sua jurisdição, e expedir normas ou resoluções para o pleno cumprimento do Código de Ética Médica. Para o médico inscrever-se no Conselho Regional de Medicina, faz-se necessário apresentar à Secretaria desse órgão os seguintes documentos: a) requerimento dirigido ao Presidente; b) cópia autêntica ou original do Diploma registrado no MEC ou na Universidade; c) recibo de recolhimento da Contribuição Sindical; d) prova de estar em dia com o serviço militar; e) título de eleitor; f) três fotografias 3 × 4.

## **2.4. MÉDICO ESTRANGEIRO DOMICILIADO NA FRONTEIRA**

No Brasil, o estrangeiro tem sua situação regulada pela Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980. No seu artigo 21, parágrafo 1.º, diz que ao estrangeiro que pretenda exercer atividade remunerada ou frequentar estabelecimento de ensino nos municípios de fronteira será fornecido documento especial que o identifique e caracterize sua condição.

Assim, de princípio, poder-se-ia admitir a possibilidade de o estrangeiro exercer, em nossas cidades de fronteira, qualquer atividade remunerada. Todavia, a mesma lei, em seu título X, prevê as restrições

ao exercício da atividade remunerada, impossibilitando a inscrição em entidade fiscalizadora do exercício profissional, conforme se verifica textualmente em seu artigo 99: “Ao estrangeiro titular de visto temporário e ao que se encontre no Brasil na condição do artigo 21, § 1.º, é vedado estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada”.

Atualmente, ainda sujeita a modificações, prevalece a MP 621/2013 (*Programa Mais Médicos*), especialmente quando se reporta do seguinte modo: “Art. 10. O médico intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2.º do art. 48 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. § 3.º A declaração de participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, fornecida pela coordenação do programa, é condição necessária e suficiente para a expedição de registro provisório pelos Conselhos Regionais de Medicina, não sendo aplicável o art. 99 da Lei n.º 6.815, de 19 de agosto de 1980, e o art. 17 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957”.

## **2.5. INSCRIÇÃO DE MÉDICO DEFICIENTE**

Em face da situação de médico deficiente visual ou físico, caso venha o Ministério a registrar seu diploma com restrições, entendemos que sua inscrição deve ser efetivada, seguindo a mesma linha, ou seja, inscrevendo-o para exercer sua profissão nas mesmas limitações consignadas, registrando-se tais limitações em sua carteira, até porque não poderia ser diferente, pois é ao MEC que compete avaliar e outorgar a capacidade e os conhecimentos necessários para se receber o título de médico.

O Conselho Federal de Medicina, através do Parecer-Consulta CFM n.º 02/1995, ratificou o direito de registro do diploma e inscrição no CRM de médicos formados como portador de deficiência, sem imposição de limitação para o exercício da medicina.

No entanto, acreditamos que cabe também aos Conselhos Regionais e ao Conselho Federal de Medicina, juntamente com as outras entidades médicas, agirem politicamente em defesa dos direitos e das garantias individuais, tentando romper com todas as formas abusivas de discriminação, capazes de criarem cidadãos de segunda e terceira categorias ou de colocá-los numa classe inferior de homens. A privação dos direitos civis de um cidadão pelo fato de ser deficiente físico ou visual deve merecer da fração consciente da sociedade a mais veemente repulsa, pois isso representa um vilipêndio aos direitos do ser humano e um desrespeito aos postulados constitucionais.

Não se pode invocar para esses casos o item I das Disposições Gerais do Código de Ética Médica em vigor, quando assim se expressa: “O médico portador de doença incapacitante para o exercício da medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade”. Tal dispositivo tem como alvo certos profissionais que, no decorrer do exercício de sua profissão, são acometidos de doença incapacitante e em decorrência da qual, por perturbações físicas ou mentais, passam a causar danos aos seus pacientes.

## **2.6. EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE MÉDICO RECÉM-FORMADO**

A exigência de um controle e avaliação de competência profissional do médico recém-formado, ora

denominada de “exame de ordem” ou “exame de qualificação”, numa suposta finalidade de estabelecer critérios de avaliação do médico egresso das escolas, e a ser aplicado pelos Conselhos Regionais de Medicina, como pré-requisito da sua inscrição, não encontra respaldo nem como instrumento legal ou ético, nem se justifica como capaz de corrigir as possíveis distorções do aparelho formador.

A Lei n.º 3.268/1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, em seu artigo 1.º diz: “Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-la efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional”. Fica claro que não cabe aos Conselhos Regionais julgar a competência profissional do médico. Isso é tarefa do Ministério da Educação.

Ninguém é contra a preocupação legítima para com a qualidade profissional do médico que se inscreve diariamente nos Conselhos. Mas certamente não seria com algumas dezenas de testes de múltipla escolha que iríamos afirmar quem estaria *apto* ou *inapto* para exercer a profissão.

A proposta mais correta é estimular-se uma política no sentido de uma ampla revisão dos critérios adotados na formação médica, sabermos que tipo de profissional nós queremos e qual o perfil que ele deve assumir na relação com a sociedade.

Pensar que os chamados “exames de ordem” representam uma resposta às nossas preocupações é, no mínimo, ingenuidade. É desconhecer o processo de aniquilamento do ensino superior entre nós, como forma sub-reptícia de dismantlar o ensino público e gratuito, desmoralizando-o e entregando-o à iniciativa privada. É adotar uma postura imobilista, reacionária e simplista, sem qualquer conteúdo pedagógico, negando-se a refletir sobre as causas determinantes da inadequada formação do profissional médico. É procurar combater o efeito e negligenciar a causa. É, finalmente, recusar-se a assumir politicamente a implementação de mudanças que se fazem necessárias e urgentes no aparelho formador com vistas a atender às necessidades de uma nova ordem social.

Desse modo, o “exame de qualificação”, além de não encontrar justificativa na lei, não apresenta um significado mais importante na tentativa de estimular um melhor padrão profissional. Por isso, desaconselha-se seu procedimento. E censura-se, de forma veemente, a distribuição de carteiras com a alusão de ter sido aprovado ou não ter sido aprovado o médico nesses “exames de ordem”.

## **2.7. INSCRIÇÃO DE MÉDICO ESTRANGEIRO REFUGIADO/ASILADO**

Médico estrangeiro detentor de visto de refugiado/asilado, conforme a Lei n.º 9.474, de 22 de julho de 1997, que define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951:

§ Com diploma estrangeiro devidamente revalidado por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei n.º 9.394/1996, poderá obter inscrição com validade obrigatoriamente igual a da Cédula de Identidade de Estrangeiro – **visto** de Refugiado/Asilado, conforme a Resolução CFM n.º 1.244/1987, de 8 de agosto de 1987, podendo exercer qualquer atividade médica remunerada, excetuados somente os casos em que a lei exija o requisito de brasileiro nato ou naturalizado. Caso não possua a Cédula de Identidade de Estrangeiro, será expedida Certidão (Anexo XXVII) até a apresentação da mesma.

### *Documentos necessários*

1. Requerimento de inscrição (fornecido pelo CRM).
2. Diploma original (se expedido por universidade estrangeira, deverá estar devidamente revalidado)

por uma universidade pública brasileira, conforme estabelece a Lei n.º 9.394/1996).

3. Cópia autenticada do diploma.

4. Cópia autenticada da tradução oficializada do diploma.

5. Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (CELPE-BRAS), expedido por instituição oficial de ensino.

6. Cópia autenticada da Cédula de Identidade de Estrangeiro – visto de Refugiado/Asilado.

7. Cópia autenticada do CPF.

8. Três fotos 3x4 (recentes).

9. Pagamento de taxa de expedição da Cédula de Identidade de Médico Estrangeiro e pagamento proporcional da anuidade do exercício.

### *Procedimentos do CRM*

**Os mesmos utilizados para a inscrição primária.**

### *Observação*

Caso o médico possua apenas o protocolo da Polícia Federal, para comprovação de que está aguardando a expedição da Cédula de Identidade de Estrangeiro – **visto** de Refugiado/Asilado, a Assessoria Jurídica do CRM verificará, além da cópia autenticada do referido protocolo, os seguintes documentos:

1. Cópia autenticada do passaporte (páginas onde constam a identificação, o visto e a validade do mesmo).

2. Certidão concedida pelo Setor de Cadastro da Polícia Federal, contendo informações do deferimento do pedido de visto de Refugiado/Asilado, data de validade do referido visto e o número do Registro Nacional de Estrangeiro – RNE que constará na Cédula de Identidade de Estrangeiro.

## **2.8. SUSPENSÃO DO REGISTRO POR DOENÇA INCAPACITANTE**

Em primeiro instante, cabe estabelecer a diferença entre procedimento administrativo e processo ético-disciplinar. Os dois não se confundem. São completamente diferentes. O primeiro é um conjunto de formalidades que devem ser observadas para a prática de determinados atos administrativos do interesse público e referidos em norma específica. Já o processo ético-disciplinar é, em algumas vezes (como o dos funcionários públicos), constitucionalmente obrigatório e, no nosso caso, de fundamento legal regulado pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, e pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, desde que existam razões para a aplicação de penas previstas por infração a dispositivos do Código de Ética Médica. Desdobra-se nas seguintes fases: instauração (denúncia), instrução, defesa, relatórios e decisão. Baseia-se no direito que tem o Estado de manter sobre todos aqueles que se subordinam aos seus interesses, definitiva ou transitoriamente, de forma direta ou delegada. Em suma, o processo éticodisciplinar é o meio de apuração de faltas de pessoas ligadas, de uma ou de outra forma, à administração pública; e o procedimento administrativo é a maneira específica de cumprimento de um ato exigido pelo poder público.

Logo, não há como misturar os dois conceitos: um segue as regras do Processo Ético-Profissional, lastreadas pelo seu diploma específico; e o outro, um procedimento administrativo regulado por uma Resolução, com interesses e diretrizes particulares e bem diversos.

Dizíamos, noutra ocasião, que o procedimento de suspensão do registro de médico portador de doença incapacitante, física ou mental, é um ato administrativo e, por isso, não depende dos Tribunais de Ética dos Conselhos de Medicina em processos ético-profissionais. A competência dessa decisão é do plenário dos Conselhos Regionais com instância e tutela administrativas, por meio de um procedimento comum, cabendo recurso ao Conselho Federal de Medicina, sem efeito suspensivo (*Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010).

Preceitua o **item I** das Disposições Gerais do Código de Ética vigente desde 13 de abril de 2010 que “o médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade”.

O médico portador de doença considerada como incapacitante, de cujo registro no Conselho tenha sido solicitada suspensão, será ali avaliado em procedimento especial, com perícia médica para comprovação da existência ou não de condições que o impeçam de exercer sua profissão. Terá ele o direito de indicar especialista para funcionar como perito, acesso a todas as peças dos autos em qualquer de suas fases, amplo direito de contestação que vise comprovar sua capacidade para o exercício de suas funções e acesso aos laudos emitidos para que ele ou seu procurador possa contestá-los no prazo de 30 dias, a partir da data do conhecimento deles. Caso o médico se recuse a submeter-se à perícia médica, o Conselho Regional de Medicina decidirá mediante os documentos e as provas materiais e testemunhais disponíveis, inclusive com cópias de prontuário médico, se existir. Caso venha o Conselho Regional a decidir pela existência de uma doença incapacitante, terá obrigatoriamente de fixar a duração da suspensão do registro. Após o cumprimento do prazo de suspensão do exercício profissional, deverá ser instaurado novo procedimento administrativo para julgar a necessidade ou não de prorrogar essa suspensão, apresentando ele ou não atestado de sua capacidade para exercer suas atividades médicas.

Nos casos de incapacidade do exercício profissional por distúrbios mentais, parte do processo já se acha fixada no Código de Processo Civil em seus artigos 1.177 e seguintes, relacionados ao procedimento de interdição de direitos civis, por interesse de ordem pública. Quando existir interdição decretada pela via judiciária, na conformidade dos artigos citados, pensamos não necessitar de procedimento administrativo pelos Conselhos. Simplesmente, suspender o registro pelo tempo constante da sentença.

Ainda mais: não cabe a presença de “denunciado”. Simplesmente porque não há acusação de infração aos ditames éticos da profissão, contidos no Código de Ética Médica, e, portanto, não se exigindo do médico a prova de sua “inocência”. Não há que se acusar ou solicitar defesa de um médico portador de patologia incapacitante. O que existe de fato é uma ação promovida por parentes, terceiros ou pelo Ministério Público, sobre alegadas restrições para as atividades profissionais de um médico, cujos indícios induzem à falta de capacidade física ou mental para exercer sua profissão. O requerente deve demonstrar de maneira clara e segura que o estado do incapacitando necessita da decretação da medida, por ela constituir-se indispensável aos interesses de ordem pública e social. O próprio interditando pode apresentar advogado e, se não tiver condições de fazê-lo, o advogado será constituído por qualquer parente seu.

Ao plenário do Conselho Regional cabe analisar os laudos periciais, proceder de acordo com as normas específicas e decidir sobre a suspensão ou não da atividade profissional por tempo limitado. Não é, portanto, um procedimento acusatório e, por isso, sua decisão não é em forma de sentença condenatória, mas em uma decisão administrativa.

## 2.9. ANOTAÇÕES DE PENALIDADES NA CARTEIRA PROFISSIONAL DO MÉDICO INFRATOR

Estatui a norma máxima disciplinadora das ações dos Conselhos de Medicina – a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, precisamente no parágrafo 4.º do artigo 18, que “no prontuário do médico serão feitas anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e as penalidades”.

Estabelece, dessa forma, o legislador que, no prontuário de cada médico inscrito num Conselho de Medicina, devem constar os aspectos positivos e negativos de sua vida profissional. Admite-se, é claro, que esses prontuários estejam sempre em arquivos e sejam manipulados por funcionários do setor competente, como elemento de registro burocrático reservado e como fonte de informações, inclusive sobre reincidência de infração aos dispositivos do Código de Ética Médica em sentenças transitadas em julgado.

No entanto, de forma inoportuna, o Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, editado no sentido de regulamentar a Lei n.º 3.268/1957, dando-lhe condições de aplicabilidade e reforço, outra coisa não faz senão alterar e subverter o espírito e a forma desta Lei, extrapolando o que ela determina, através de interpretação extraordinária, quando, no *caput* do artigo 23, afirma que “as execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no parágrafo 4.º do artigo 18 da Lei n.º 3.268, de 30.09.57”.

Ora, uma coisa é o prontuário médico e outra, muito diferente, é a carteira profissional do médico, a qual tem o valor legal de carteira de identidade. Por isso, um fato é anotar informação num prontuário existente num arquivo de repartição pública. Outro, muito diverso, é anotar essas informações numa carteira profissional.

Poder-se-ia, ainda, imaginar que um decreto tivesse por finalidade, entre outras, acrescentar medidas sobre lacunas da Lei. Puro engano. A função da norma regulamentadora é sedimentar os princípios e oferecer meios de praticabilidade da Lei. A forma de preencher lacunas na Lei é através de sua alteração ou de sua revogação, com a conseqüente edição de um texto adequado, na instância legislativa. Em suma: através de outra lei.

Lei é um princípio da legalidade, emanado de órgãos de representação popular e elaborado de conformidade com o processo legislativo previsto na Constituição Federal. Cabe, por outro lado, ao Poder Executivo, sancionar, homologar e fazer publicar as leis, bem como expedir decretos e regulamentos para sua fiel execução. Assim, o decreto tem o destino de permitir e facilitar que a lei seja executada fielmente, desenvolvendo-lhe os princípios, estabelecendo os pormenores de sua aplicabilidade, sempre que o Executivo os julgue indispensáveis ou convenientes. Em síntese, o decreto tem a finalidade de permitir a justa e exata execução da lei, dispondo sobre procedimento da norma, mas sempre “na forma da lei”.

O sistema constitucional brasileiro não admite o chamado regimento independente ou autônomo, ficando sempre sujeito a uma reserva relativa da lei. O poder regulamentador é um poder limitado, não pode criar normatividade que se insurja contra a ordem jurídica. O poder regulamentador deve respeitar os dispositivos constitucionais, a lei regulamentada, a legislação em geral e, segundo alguns, até mesmo as fontes subsidiárias a que elas se reporta. Inovar em questão jurídica é tarefa da lei.

Bastaria o que foi dito para justificar o absurdo que constitui tais anotações nas carteiras profissionais dos médicos. No entanto, veja-se o que diz a Constituição Federal ao tratar dos Direitos e Garantias Individuais e Coletivas: “Não haverá penas de caráter perpétuo”. Existe alguma dúvida de que

uma pena assinalada na carteira profissional de um indivíduo, seja ele médico ou não, deixe de representar a perenidade da punição e a execração do seu portador? Afinal, qual seria o sentido da pena? Humilhar? Estigmatizar? Não, acreditamos que não. Mesmo que ela represente uma reação da sociedade organizada a um fato que viola uma das suas normas, no interesse da ordem e da segurança social, a pena deve ser uma proposta civilizada no sentido de reeducar, ressocializar e recuperar o autor da infração. E nunca ter o sentido de achincalhar ou menosprezar quem quer que seja, por mais inconsequente que tenha sido a sua atitude.

Uma punição que continua pelo seu efeito, mesmo depois de cumprida a medida punitiva, é infamante. Esta forma de pena, além de cruel pelo seu sentido de vingança, prolonga o sofrimento por toda vida e, por isso, ela é também instrumento de injustiça.

A história jurídica da liberdade pessoal no mundo de agora concilia-se mais e mais com a ideia de proteção da esfera íntima de cada homem e de cada mulher. Outra coisa: a própria publicação festiva e barulhenta das sentenças pelos Conselhos não deixa de ter sua acentuada função infamante e seu objetivo de degradar. Ou, outras vezes, apenas de “mostrar serviço”.

Assim não temos dúvida de que, no caso em tela, está patente a extrapolação da norma legal que acrescenta medida permitindo anotações de punibilidade nas carteiras profissionais dos médicos infratores ao seu Código de Ética Médica. Além disso, um desrespeito aos princípios constitucionais de amparo à dignidade humana, um vilipêndio aos direitos consagrados à cidadania e um desestímulo à recuperação do infrator. Uma forma anacrônica e infeliz de fazer justiça.

Este também é o pensamento do Conselho Federal de Medicina, ao aprovar em reunião de Diretoria o Parecer n.º 017/1997, do seu Setor Jurídico, que considera tais anotações na carteira profissional do médico infrator como inconstitucionais e vexatórias, e recomenda que as anotações das penas sejam feitas exclusivamente nos respectivos prontuários dos facultativos, os quais devem permanecer arquivados no próprio Conselho onde o profissional está inscrito.

## **2.10. EXERCÍCIO ILEGAL DA MEDICINA**

Os não formados em Medicina não podem nem devem exercer a profissão. Todavia, devem e podem exercer o ato médico em algumas situações, consideradas inadiáveis e imprescindíveis, que o estado de necessidade aplaudiu e consagrou como lícitas.

Assim, o acadêmico de Medicina que, diante de um caso urgente e grave, assistir o paciente, impondo uma conduta ou uma terapêutica exigida, não estará exercendo ilegalmente a medicina. É célebre o caso do estudante Lecène, mais tarde famoso cirurgião, que, em certa ocasião, recebeu uma jovem mulher com um quadro grave de abdome agudo. Praticou a laparotomia, retirando-lhe o apêndice infectado e drenando a cavidade. Notou, no entanto, os ovários intensamente comprometidos e optou pela sua retirada. A paciente entrou com uma ação civil contra o estudante e o professor responsável, pois, segundo ela, não teria autorizado aquela ampliação, ao ponto de uma castração imprevista, não consentida nem cogitada.

O Tribunal absolveu o mestre e o discípulo, evocando as seguintes razões:

1. É impossível a formação médica sem facultar ao estudante o direito de praticar, sob orientação dos professores.
2. Seria injusto e, até certo ponto, temerário, permitir a prática médica apenas depois da formatura.

3. Não se pode considerar ato ilícito o fato de uma cirurgia não seguir um plano preestabelecido, nem seria aconselhável fechar a cavidade e em seguida pedir a autorização da paciente, principalmente quando essa situação é intransferível e necessária.

O que se procura impedir, pela sanção penal, no exercício ilegal da Medicina, é que a saúde pública venha a ser ameaçada por pessoas não qualificadas e incompetentes. Para configurar-se o crime, basta apenas o perigo, não exigindo a lei que venham a consumir-se quaisquer lesões ou malefícios, sendo necessária unicamente a possibilidade de dano.

A Medicina é uma profissão que de maneira alguma pode ser exercida sem as exigências legais de habilitação, o que deixa bem claro a Lei das Contravenções Penais, em seu artigo 47, quando sanciona o exercício profissional “sem preencher as condições a que por lei está subordinado seu exercício”. Esse fato não se constitui apenas em contravenção, mas, também, em crime.

Diz o artigo 282 do Código Penal em vigor: “Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites”.

Por *exercer* entende-se praticar, exercitar, levar a efeito, dedicar-se, desempenhar. Esse ato, é claro, há de ser contínuo, tendo como princípio a mesma sistemática da profissão, que no caso em foco é a medicina. Essa habitualidade não está condicionada apenas à pluralidade de pacientes, mas, da mesma forma, aos sucessivos atos de tratamento em uma só pessoa. Não se pode considerar infração delituosa quando a prática está justificada pelo estado de necessidade. Sendo assim, se um indivíduo, com certa vivência em serviços médico-hospitalares, tentasse salvar um paciente em iminente perigo de vida, usando de meios médicos, não poderia tal situação ter a característica de crime.

Em contrapartida, entende-se por exercício ilegal não apenas o tratamento por meios medicamentosos, mas todo ato que vise à prevenção ou à cura através de aparelhos médicos, elétricos, ou por meio de manobras e condutas cuja atribuição seja da profissão médica.

Alguns entendem que cometem a infração tanto o que não é possuidor de um título que lhe permita exercer legalmente a profissão como o que, possuindo esse título, não o registrou nos Conselhos de Medicina. Achamos que não pode classificar-se como crime a segunda situação, pois compreende-se haver nesse fato apenas uma transgressão administrativa, mesmo faltando-lhe preencher as exigências legais, pois a saúde pública não estaria aí em jogo.

Não é apenas o leigo que pode cometer tal delito, mas também o médico quando excede os limites da profissão. Bento de Farias (*apud* E. Magalhães Noronha, *Direito penal*, São Paulo: Saraiva, 1971, v. 4, p. 77) considera como práticas excessivas: “O médico assumir a responsabilidade de tratamento dirigido por quem não for profissional; firmar atestado de óbito de pessoa que foi tratada por leigo; atestar graciosamente, ou sem haver examinado o doente; manipular medicamentos, não se tratando de produtos de laboratório, mediante prévia licença, por serem exigidos os conhecimentos extrafarmacêuticos etc. (...)”.

Constitui agravamento especial o fato de ter o agente cometido o exercício ilegal da medicina com intuito de lucro, acrescentando-se à pena, nesse caso, a multa.

Por outro lado, não se pode considerar exercício ilegal da medicina a participação de atendentes, auxiliares de serviços gerais e agentes comunitários, recrutados ou identificados na própria comunidade, para atender às populações dispersas, através de atividades elementares e sob orientação e supervisão, tais como: notificação de casos suspeitos, imunização, coleta de dados, programas de educação para a saúde, ações de melhorias do ambiente e saneamento básico, tudo isso com recursos e tecnologia simplificados.

## 2.11. CHARLATANISMO

É um crime de perigo abstrato, cujo bem jurídico protegido é a saúde e a vida das pessoas sujeitas à fraude e ao engodo de agentes mais ou menos hábeis, que se aproveitam de outros menos avisados. Entendemos que o crime é mais de fraude que de perigo.

A expressão é derivada de *ciarlare*, que significa, em italiano, conversar muito, tagarelar, iludir.

O artigo 283 do Código Penal brasileiro, ao tratar do charlatanismo, vê a espécie delituosa em torno da cura inculcada ou anunciada, através de meios infalíveis e secretos, de terapêutica simulada, diagnóstico e prognóstico falsos, bem como de curas sensacionais e extraordinárias. O charlatão quase que atribui a si próprio, e aos seus meios, poderes realmente miraculosos.

O agente desse crime é, na maioria das vezes, o médico que, ao desviar-se dos caminhos traçados pela ciência hipocrática, envereda por processos de mistificação, fraudulentos e desonestos. Flamínio Fávero (*Medicina legal*, 4. ed., São Paulo: Livraria Martins Editora, 1956) relata de Eugênio Cordeiro (Tese de doutoramento, 1917) que certa jovem procurou um determinado médico, o qual lhe fez diagnóstico de tuberculose pulmonar no 3.º grau, assegurando-lhe que somente através de um tratamento especial e rigoroso poderia salvar-lhe a vida. E prescreveu: “Vinho de minha fórmula, ampolas de minha fórmula, aniódolina de minha fórmula, regularina de minha fórmula e cinamato segundo minha prescrição”. Esse médico era também proprietário de uma farmácia, onde os medicamentos seriam adquiridos.

Outro fato que bem caracteriza o charlatanismo foi o tão decantado “toque de Assuero”, de repercussão mundial, e que arrastou inúmeros adeptos. Consistia em tocar com o termocautério a mucosa nasal e aí estava o milagre: todas as doenças eram curadas, inclusive aquelas para as quais não existia tratamento.

Essas situações retratam muito bem o que seja o charlatanismo. Alguns entendem que outras pessoas, mesmo as leigas, podem ser consideradas charlatães, em situações específicas. Achamos, no entanto, que estas se enquadram no artigo 282, que trata do exercício ilegal da medicina, ou, no artigo 284, que se refere ao curandeirismo. Charlatanismo, para nós, é privativo dos médicos.

Segue o nosso raciocínio a legislação argentina, pois no artigo 208, n.º 2, do seu estatuto penal, exige habilitação do exercício médico, para a caracterização do charlatanismo. Tem a seguinte redação: “O que, com título ou autorização para o exercício de uma arte de curar, anuncia ou promete a cura de enfermidades a prazo fixo ou por meios secretos e infalíveis”.

Os médicos despreparados e ultrapassados, que não procuram acompanhar o progresso de sua ciência, não podem ser considerados infratores, pois a ignorância, o atraso e a falta de motivação para o estudo não caracterizam o dolo. Tais médicos, no máximo, poderiam ser rotulados como charlatães inconscientes, que Eugênio Cordeiro classifica em estacionários, superficiais e sistemáticos. Os estacionários são aqueles que se descuidam do aprimoramento e da leitura, permanecendo no que aprenderam, ou em situação mais precária do que quando iniciaram. Os superficiais são os que mal olham para o paciente, preenchem seus formulários sem os exames necessários e se restringem apenas ao tratamento sintomático. E os sistemáticos são os que conhecem duas ou três drogas, previamente formuladas, receitando-as para todos os males.

Assim, o charlatanismo é a vontade consciente e livre de anunciar e inculcar meios de tratamento, curas infalíveis, de maneira secreta. É o conhecimento da fraude e da inverdade que se proclama, mesmo sabendo, de antemão, que essa prática é falsa e nociva.

Nossa legislação, ao tratar do charlatanismo, diz: “Inculcar ou anunciar cura por meios secretos e

infallíveis”. Inculcar quer dizer recomendar, aconselhar, propor, indicar com elogios, apregoar. A característica é a falsa indicação. Anunciar é a forma de divulgar e difundir por qualquer meio de comunicação: rádio, jornal, televisão, impressos, pregões etc.

Os elementos fundamentais do crime são o segredo e a infalibilidade. Os autores, em geral, dispensam o caráter habitualidade, bastando um único ato para configurar a infração criminosa, como também se houve a possibilidade de enganar alguém ou não. A forma do dispositivo legal do nosso estatuto pune por antecipação, qualquer que seja o resultado ou os efeitos da ação do sujeito ativo do delito.

O Decreto-lei n.º 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, disciplina, em seu artigo 1.º, a propaganda dos médicos, dentistas e farmacêuticos, proibindo o anúncio de cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundo os atuais conhecimentos da ciência. E não admite, por outro lado, atestados de cura de certas enfermidades, para as quais não exista tratamento estabelecido por meio de preparados farmacêuticos.

## 2.12. CURANDEIRISMO

O curandeirismo é também um crime de perigo abstrato. Essa forma de delito caracteriza-se por uma situação de risco, independentemente de uma efetiva ameaça de dano a uma pessoa ou algo determinado. Assim, mesmo que nenhuma ameaça real de dano tenha existido, há de se considerar como consumado o crime de perigo abstrato, ou seja, de perigo presumido.

O curandeiro não se confunde com exercício ilegal da medicina, pois não usa meios médicos nem se faz passar por médico. Ele tenta a cura ou a fraude invocando o sobrenatural ou seus conhecimentos empíricos, através de meios intimidativos, coreográficos, místicos, ou da prescrição ou administração de ervas ou de outras substâncias, as mais bizarras possíveis.

A verdade é que o problema não foi ainda devidamente analisado na sua profundidade. O moralismo jurídico e o orgulho da ciência não permitiram uma abordagem mais séria.

O curandeirismo é fruto de uma desagregação social e cultural do negro, não só pelo processo de urbanização, mas ainda pela marginalização e pelo abandono, dando, em consequência, margem a que ele deságue suas frustrações no mundo das representações místicas e fantásticas. Dessa forma, o curandeiro tornou-se, em seu meio, o centro das consultas e das decisões, viabilizadas pela marginalização e pela pobreza, pelo abandono e pela doença. Essa foi a forma de ajuda mais prática e mais direta que os desassistidos conseguiram.

Ninguém pode negar os malefícios que o curandeirismo pode trazer quando se propõe a tratar de doenças. No entanto, é indiscutível que ele vem servindo de elemento conciliador e agregador das massas empobrecidas e desgraçadas, através de um equilíbrio social e psicológico.

José Duarte (*Comentários à Lei das Contravenções Penais*, Rio de Janeiro: Forense, 1944, p. 336) afirma a respeito disso: “É, pois, uma prevenção moral e higiênica porque, muitas vezes, as bruxarias, os sortilégios, a magia negra e práticas semelhantes produzem nos espíritos fracos impressões nocivas que perturbam a própria mente e comprometem a saúde. São, às vezes, pequenas fraudes, mistificações ridículas, revestindo um caráter aparentemente inofensivo, sem visos de chantagem. Mas contêm a ameaça de um grande perigo, dada a influência que exercem na gente inculta, simplória e crédula”.

O espiritismo, quando tratado como ciência ou filosofia, pode ainda ser tolerado, se é que se deve considerá-lo como tal. A verdade, porém, é que ninguém pode retirar da mente de outrem a crença no sobrenatural ou sua credulidade nos espíritos. Mas, quando essa prática começa a penetrar no domínio da

saúde física ou mental de seus adeptos, não há como negar tratar-se de curandeirismo, pelo menos naquilo que a lei prevê.

“Mais que todos os sortilégios mágicos e bruxedos, a prática do espiritismo-medicina constitui um grave e generalizado perigo, pois, inculcando curas milagreiras, induz os crédulos a repudiar, com sério e, às vezes, irreparável dano à própria saúde, os recursos preconizados pela ciência médica. E tem-se de reconhecer que, entre nós, a jurisprudência tem contribuído, com uma tolerância que aberrava inteiramente do texto penal, para a expansão dessa maléfica atividade dos profusos ‘centros’ do espiritismo. Sob a capa de exercício de culto, os espiritistas levaram o seu arrojo ao extremo de montarem verdadeiras ‘policlínicas’, onde fazem aplicação de seus *fluidos* e *passes*, por meio de seus improvisados *medicine-men* ou com a intervenção dos chamados ‘aparelhos mediúnicos’, as mais das vezes agentes de grosseira simulação” (Nélson Hungria, *Comentários ao Código Penal*, Rio de Janeiro: Forense, 1959, v. IX, p. 155).

O artigo 284 do nosso texto penal trata do curandeirismo, enumerando a forma delituosa em três incisos. O primeiro é prescrever, ministrar ou aplicar habitualmente qualquer substância, dando a entender que mesmo as não nocivas constituem infração, o que leva a várias contradições doutrinárias. O segundo diz respeito ao emprego de gestos, palavras ou outro qualquer meio, o que nos faz crer tratar-se de postura, passes e atitudes, rezas ou benzeduras, tendo como apoio a superstição do crente. E o terceiro refere-se à feitura do diagnóstico; pois, como sabemos, essa atribuição é privativa dos médicos.

Na configuração do crime exige-se a habitualidade, não podendo caracterizá-lo apenas um ato esporádico, pois é difícil excluir alguém que, pelo menos uma vez, não tenha feito um diagnóstico ou prescrito um medicamento. Impõe-se aqui o velho ditado popular: “De médico e louco todos nós temos um pouco”.

Constitui circunstância agravante a prática do curandeirismo mediante remuneração. E. Magalhães Noronha (*op. cit.*, p. 93) diz acertadamente: “Praticando o delito mediante remuneração, a lei procura puni-lo em sua ganância, ferindo-o no bolso. Módica, porém, é a multa”.

### 2.13. OS LIMITES DO ATO MÉDICO

Deve-se entender como *ato médico genérico* todo esforço traduzido de forma organizada e tecnicamente reconhecido em favor da qualidade da vida e da saúde do ser humano e da coletividade. Assim, não é apenas aquilo que somente o médico pode realizar, mas também o que é da competência de outros profissionais de mesma área que podem e devem fazer em favor deste projeto, ou o que pressupõe, pelo menos, a supervisão e a responsabilidade do médico.

Tal conceito visa a atender à necessidade da estruturação das disponibilidades físicas e da implantação de uma política de recursos humanos, como forma de proteger e potencializar a assistência à saúde e à vida de cada um e de todos, como aquele realizado por um agente de saúde que tenha como proposta de ação a saúde individual ou coletiva. Assim, as atividades profissionais do enfermeiro, do dentista ou do fonoaudiólogo não deixam de ser, no nosso entendimento, um ato médico *lato sensu* (FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*, 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010).

Por outro lado, existe o que se pode chamar de *ato médico específico* como sendo a utilização de estratégias e recursos para prevenir a doença, recuperar e manter a saúde do ser humano ou da coletividade, inseridos nas normas técnicas (*lex artis*) dos conhecimentos adquiridos nos cursos regulares de medicina e aceitos pelos órgãos competentes, estando quem o executa, supervisiona ou

solicita profissional e legalmente habilitado. Este é o ato médico *stricto sensu* e somente o médico pode realizar.

Este ato médico específico está delimitado por um núcleo conceitual que inclui a propedêutica e a terapêutica médicas como atividades estritamente privativas do médico. Exemplo: atestar óbito, praticar uma anestesia ou proceder a uma laparotomia.

Deste modo, o ato médico específico seria o conjunto de práticas e de ensinamentos exercido ou supervisionado de forma exclusiva pelos que estão legalmente habilitados para o exercício da profissão médica e aceito e recomendado pelas instituições responsáveis pela fiscalização da medicina, pelas instituições médicas científicas e pelos aparelhos formadores desta profissão.

Deve-se ainda considerar como ato médico específico todo procedimento que, mesmo não sendo necessariamente realizado pelo médico, pressupõe de forma absoluta sua responsabilidade e sua supervisão. Citam-se como exemplos a adaptação de lentes de contato (“a indicação e prescrição de lentes de grau e de contato são de exclusiva competência dos médicos” – Parecer CFM n.º 09/1986), a colocação de aparelho gessado (“a indicação de colocação de aparelhos gessados, talas gessadas etc. é de exclusiva competência médica”) e a leitura e interpretação de exames (“a leitura e interpretação dos testes espirométricos constitui parte do diagnóstico clínico, sendo considerado ato privativo da medicina” – Parecer CFM n.º 11/1996).

O mesmo se diga até, sem nenhuma estranheza, da participação de técnicos de saúde e agentes comunitários recrutados e identificados na própria comunidade, desde que num conjunto de ações de saúde organizado e aprovado pelos órgãos públicos de saúde e sob permanente orientação e responsabilidade médica.

Até mesmo a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos por enfermeiros, por exemplo, podem ser consideradas desde que a medicação esteja restrita a medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública ou em rotina aprovada pela instituição de saúde. Assim orientam o Parecer-Consulta CFM n.º 04/1995 (“É lícita aos enfermeiros a prescrição apenas de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública ou em rotina aprovada pela instituição de saúde”) e a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação da Enfermagem no Brasil (“Artigo 11. O enfermeiro exerce todas as atribuições de Enfermagem, cabendo-lhe: (...); II – Como integrante da equipe de saúde: (...); c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”); (...). Ou como adverte o Parecer-Consulta CFM n.º 30/1996 (“Atos que visem a diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos ou executados por outros profissionais quando prescritos e/ou supervisionados por médico”).

Assim, não se deve deixar de considerar a existência de um conjunto de meios e procedimentos que pode ser conduzido ou orientado pelos diversos profissionais de saúde, desde que esteja sob a orientação e controle do médico. Todavia, admitir que, em face de uma específica orientação, de características essenciais e exclusivas na formação do médico, determinados atos não se reproduzem aos demais segmentos da profissão saúde. A estes, acreditamos, não lhes cabe diagnosticar, indicar tratamentos e dar alta. Sua função é a de executar os métodos e técnicas prescritas pelos que estão habilitados para tanto.

Fora de tais considerações pode-se entender como desvio de competência, constituindo-se num fato a ser avaliado pelo Conselho Regional de determinada categoria de saúde em cuja jurisdição ocorreu o indevido procedimento.

Mais recentemente, agora dentro de suas atribuições, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM n.º 1.958/2010, define e regulamenta “o ato da consulta médica” nos seguintes termos:

“Art. 1.º Definir que a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

§ 1.º Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário.

§ 2.º Mesmo dentro da hipótese prevista no parágrafo 1.º, existe a possibilidade do atendimento de distinta doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional passível de cobrança de novos honorários médicos. Art. 2.º No caso de alterações de sinais e/ou sintomas que venham a requerer nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado.

Art. 3.º Nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas.

Art. 4.º A identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução cabe somente ao médico assistente, quando do atendimento.

Art. 5.º Instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas. Parágrafo único. Os diretores técnicos das entidades referidas no *caput* deste artigo serão eticamente responsabilizados pela desobediência a esta resolução”.

## 2.14. INTERDIÇÃO CAUTELAR

O Conselho Federal de Medicina, por meio de sua Resolução n.º 1.987/2012 (publicada no *DOU* de 5 de junho de 2012, Seção I, p. 68), sem qualquer fundamentação apontada em seus “considerandos”, permite que os Conselhos Regionais de Medicina possam interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.

Eis os termos:

“Art. 1.º O pleno dos Conselhos de Medicina, por maioria simples de voto e respeitando o quórum mínimo e com parecer fundamentado, poderá interditar cautelarmente o exercício profissional de médico cuja ação ou omissão, decorrentes de sua profissão, esteja notoriamente prejudicando gravemente a população, ou na iminência de fazê-lo.

Parágrafo único. O conselheiro sindicante poderá propor a interdição cautelar com imediata abertura do processo ético-profissional, com aprovação do pleno do Conselho.

Art. 2.º A interdição cautelar ocorrerá desde que exista prova inequívoca do procedimento danoso do médico, verossimilhança da acusação com os fatos constatados e haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, caso o profissional continue a exercer a Medicina.

Art. 3.º Na decisão que determinar o impedimento, o Conselho Regional indicará, de modo

claro e preciso, as razões do seu convencimento.

Art. 4.º O interditado ficará impedido de exercer as atividades de médico até a conclusão final do processo ético, obrigatoriamente instaurado quando da ordem de interdição, sendo-lhe retida a carteira de registro profissional junto ao Conselho Regional.

Art. 5.º O processo ético-profissional deverá ser julgado no prazo de 6 (seis) meses, prorrogável por igual período uma única vez, desde que o interditado não dê causa a atraso processual de caráter protelatório.

Art. 6.º A interdição cautelar poderá ser total ou parcial, baseada em decisão fundamentada.

Art. 7.º A interdição cautelar total ou parcial poderá ser modificada ou revogada a qualquer tempo pela plenária do Conselho Regional de Medicina ou do Conselho Federal de Medicina, em decisão fundamentada.

Art. 8.º A interdição cautelar poderá ser aplicada em qualquer fase do processo ético-profissional, atendidos os requisitos previstos nesta resolução, inclusive no que se refere aos recursos e prazos.

Art. 9.º A interdição cautelar terá eficácia quando da intimação pessoal do interditado, cabendo recurso ao pleno do Conselho Federal de Medicina, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento da ordem de interdição, sem efeito suspensivo, devendo ser julgado na reunião plenária subsequente ao recebimento do pedido do recurso.

Art. 10. Os casos de interdição cautelar serão imediatamente informados ao Conselho Federal de Medicina pelo Conselho Regional de Medicina de origem.

§ 1.º O procedimento tramitará em absoluto sigilo processual.

§ 2.º Na publicação do resultado do julgamento da interdição cautelar é vedada a citação dos nomes ou quaisquer dados que identifiquem os envolvidos nos processos”.

Brasília-DF, 23 de março de 2012.

A Constituição Federal destaca tais princípios no inciso LV do artigo 5.º: “Aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com meios e recursos a ela inerentes”. Estes princípios não admitem exceção.

O princípio do contraditório assegura, tanto na esfera administrativa como na judicial, que todos os atos e termos processuais devem primar pela ciência bilateral das partes, e pela possibilidade de tais atos serem contrariados com alegações e provas. Em síntese, este princípio assegura: o conhecimento da demanda por meio de ato formal de citação; a oportunidade, em prazo razoável, de se contrariar o pedido inicial; a oportunidade de produzir prova e se manifestar sobre a prova produzida pelo adversário; a oportunidade de estar presente a todos os atos processuais orais, fazendo consignar as observações que desejar; a oportunidade de recorrer da decisão desfavorável.

Sendo assim, pode-se afirmar que o contraditório se traduz pela oportunidade de manifestação da parte, e que ele ocorre após a intimação à lide. O princípio do contraditório impõe que a parte seja efetivamente ouvida e que seus argumentos sejam devidamente considerados no julgamento. Este princípio sempre foi considerado como exigência da igualdade das partes, sempre irrecusável, e ao princípio arbitrário e inquisitorial.

Fundamental também é o princípio da ampla defesa que se manifesta através da liberdade que tem o indivíduo, num Estado Democrático, de, em defesa de seus interesses, alegar fatos e propor provas, dando oportunidade ao litigante exercer, sem qualquer restrição, seu direito de defesa.

O princípio da ampla defesa se aplica a qualquer tipo ou em qualquer fase do processo em que se

exerça o poder sancionatório do Estado ou de seus órgãos delegados sobre as pessoas físicas e jurídicas. No direito administrativo, e os Conselhos seguem o rito em seus processos ético-disciplinares, os atos dos Tribunais Superior e Regionais de Ética devem ser praticados de forma que estejam sempre pautados não só pela legalidade, mas também estruturados em leis justapostas ao sistema constitucional em vigor.

Deve permanecer sempre viva na consciência do julgador a imperiosa sentença de que o correto emprego dos princípios incidentes em cada ação devem ter o significado, a importância e as decorrências de ordem prática. E, no processo administrativo, não é diferente.

Hoje, mais do que nunca, a procura da “verdade” não deve ficar sob a responsabilidade apenas do julgador, mas será exercida em parceria com as partes, que não podem mais ser admitidas como simples “objetos” de pronunciamento judicial. Só assim se poderá chegar à melhor decisão.

As razões do princípio do contraditório e da ampla defesa não podem se desvincular do devido processo legal. O artigo XI, n.º 1, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, dispõe de forma solene e dogmática: “Todo homem acusado de um ato delituoso tem o direito de ser presumido inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa”.

Um médico portador de uma psicopatia grave, por exemplo, poderá ter seu registro suspenso através de um processo administrativo. Este procedimento administrativo é precedido de uma perícia médica, para comprovação da existência ou não de condições que o impeçam de exercer sua profissão. Terá ele o direito de indicar especialista para funcionar como perito, acesso a todas as peças dos autos em qualquer de suas fases, amplo direito de contestação que vise a comprovar sua capacidade para o exercício de suas funções e acesso aos laudos emitidos para que ele ou seu procurador possa contestá-lo no prazo de 30 dias, a partir da data do conhecimento dos laudos.

O que não se entende é o desrespeito a tais princípios quando se procede de forma anômala à chamada interdição cautelar da qual fala a Resolução CFM n.º 1.987/2012.

## **2.15. REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA MÉDICO**

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), foi instituído por meio da Portaria Interministerial n.º 278, de 17.03.2011, nos termos do art. 48, § 2.º, da Lei n.º 9.394, de 1996.

O processo de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior é uma forma de avaliação proposta pelos Ministérios da Educação e da Saúde, que estabelece um processo apoiado em um instrumento unificado de avaliação e um exame para revalidação dos diplomas estrangeiros compatíveis com as exigências de formação correspondentes aos diplomas médicos expedidos por universidades brasileiras, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com parâmetros e critérios isonômicos adequados para aferição de equivalência curricular e definição da correspondente aptidão para o exercício profissional da medicina no Brasil.

O exame será orientado pela Matriz de Correspondência Curricular para Fins de Revalidação de Diplomas de Médico Expedidos por Universidades Estrangeiras. Na matriz foram definidos os conteúdos e as competências e habilidades das cinco grandes áreas de exercício profissional: 1) Cirurgia, 2) Medicina de Família e Comunidade (MFC), 3) Pediatria, 4) Ginecologia-Obstetrícia e 5) Clínica Médica. Além disso, estabelece níveis de desempenho esperados para as habilidades específicas de cada área.

O Revalida é implementado pelo Inep e conta com a colaboração da Subcomissão de Revalidação de

Diplomas Médicos, também instituída pela Portaria n.º 278 do MEC/MS. Universidades públicas participam da elaboração da metodologia de avaliação, da supervisão e do acompanhamento da aplicação. O exame é feito em duas etapas: avaliação escrita – composta por uma prova objetiva, com questões de múltipla escolha, e uma prova do tipo discursiva. Em uma segunda etapa, é realizada a avaliação de habilidades clínicas.

Será exigido o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), emitido pela Receita Federal do Brasil, para inscrição no Exame. O candidato só poderá participar do Revalida caso seja brasileiro ou estrangeiro em situação legal de residência no Brasil. Deverá ainda ser portador de diploma médico expedido por instituição de ensino superior estrangeira reconhecida no país de origem pelo respectivo Ministério de Educação ou órgão equivalente, autenticado pela autoridade consular brasileira. Se for natural de país cuja língua oficial não é o português, precisará também apresentar o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras), no nível intermediário-superior.

### **PORTARIA N.º 278, DE 17 DE MARÇO DE 2011**

OS MINISTROS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 48, § 2.º, da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996;

Considerando o objetivo comum do Ministério da Educação (MEC), do Ministério da Saúde (MS) e das universidades públicas, de estabelecer um processo apoiado em um instrumento unificado de avaliação e um exame para revalidação dos diplomas estrangeiros compatíveis com as exigências de formação correspondentes aos diplomas de médico expedidos por universidades brasileiras, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com parâmetros e critérios isonômicos adequados para aferição de equivalência curricular e definição da correspondente aptidão para o exercício profissional da medicina no Brasil;

Considerando a recente aplicação e os resultados do Projeto Piloto do Exame Nacional, coordenado pela Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas Médicos, instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS n.º 383, de 19 de fevereiro de 2009, resolvem:

Art. 1.º Instituir o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, com a finalidade de subsidiar os procedimentos conduzidos por universidades públicas, nos termos do art. 48, § 2.º, da Lei n.º 9.394, de 1996, com base na Matriz de Correspondência Curricular publicada pela Portaria Interministerial MEC/MS n.º 865, de 15 de setembro de 2009 e republicada no Anexo desta portaria, elaborada pela Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas, instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS n.º 383/2009.

Art. 2.º O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, de que trata esta Portaria Interministerial, tem por objetivo verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil.

Art. 3.º O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras será implementado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com a colaboração das universidades públicas participantes.

§ 1.º O INEP contará com a colaboração da Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos, também instituída por esta portaria, para a elaboração da metodologia de avaliação, supervisão e acompanhamento de sua aplicação.

§ 2.º O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras será elaborado em 2 (duas) etapas de avaliação, em conformidade com a Matriz de Correspondência Curricular, disposta no Anexo desta Portaria, e seu detalhamento constará de edital a ser publicado.

Art. 4.º As universidades públicas interessadas em participar do exame instituído por esta Portaria deverão firmar Termo de Adesão com o Ministério da Educação (MEC).

Art. 5.º Caberá às universidades públicas que aderirem ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras, após a divulgação do resultado do exame, adotar as providências necessárias à revalidação dos diplomas dos candidatos aprovados.

Art. 6.º Poderão candidatar-se à realização do exame de que trata esta Portaria os portadores de diplomas de Medicina expedidos no exterior, em curso devidamente reconhecido pelo ministério da educação ou órgão correspondente, no país de conclusão.

Art. 7.º O processo regulado por esta Portaria não exclui a prerrogativa conferida às universidades públicas para proceder à revalidação de diplomas em conformidade com a Resolução CNE/CES n.º 04/2001.

Art. 8.º Fica instituída a Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos que tem como objetivo atuar junto aos Ministérios da Educação e da Saúde e junto ao INEP nas ações referentes ao planejamento e execução do processo de revalidação de diplomas médicos expedidos por universidades estrangeiras.

Art. 9.º A Subcomissão de Revalidação de Diplomas Médicos será composta por um grupo técnico de especialistas em educação médica e avaliação indicado pela SESu/MEC e pela SGTES/MS, e por representantes indicados pelas seguintes instituições:

I – Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC);

II – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS);

III – Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior (ANDIFES);

IV – Diretoria de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (DAES/INEP); e

V – Ministério das Relações Exteriores (MRE);

§ 1.º Os representantes dos incisos I, II, III e IV deste artigo formarão um Comitê Coordenador a ser presidido pelo representante da SESu/MEC e pelo representante da SGTES/MS.

§ 2.º A nomeação dos representantes da Subcomissão instituída por esta portaria dar-se-á por ato conjunto da SGTES/MS e da SESu/MEC.

Art. 10. Fica revogada a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 383, de 19 de fevereiro de 2009 e a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 865, de 15 de setembro de 2009.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Educação

ALEXANDRE PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

## **2.16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. Rio de Janeiro: Organização Andrei Editores, 1979.

CARDOSO JÚNIOR, M. O exercício legal da medicina e os honorários médicos. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1955.

CARVALHO, H. V.; SEGRE, M. Introdução ao estudo da medicina. São Paulo: Lunar, 1977.

COSTA JR. Profissões liberais: autonomia. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

DARUGE, E.; MASSINI, N. Direitos profissionais na odontologia. São Paulo: Saraiva, 1978.

FÁVERO, F. Medicina legal. 6. ed. São Paulo: Martins, 1972. v. 3.

FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE; LANA, R.L. Profissões da saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

FRANÇA, G. V. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio: Guanabara Koogan, 2010.

\_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (I). João Pessoa: Editora Universitária, 1972.

\_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (II). Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1980.

\_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IX). Recife: Editora Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (X). Recife: Editora Universitária, 2010.

\_\_\_\_\_. Medicina legal. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

\_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.

\_\_\_\_\_. Pareceres. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

\_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALVÃO, L. C. C. Medicina legal 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2012.

HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. São Paulo: Revista Forense, 1958. v. IX.

NORONHA, E. M. Direito penal. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

PEINADOR, A. Moral profissional. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1962.

PRADEL, J. La condition civile du malade. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1963.

ROJAS, N. Medicina legal. Buenos Aires: Ateneo, 1953.

ROMEIRO, V. R. Legislação médica. São Paulo: Atheneu, 2009.

TAVARES, J. Teoria do injusto penal. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

ZAFFARONI, E. R. Derecho penal: parte general. 2. ed. Buenos Aires: Ediar, 2002.

## LIBERALISMO MÉDICO

**Sumário:** 3.1. Introdução. 3.2. Aspecto legal. 3.3. Sindicalismo médico. 3.4. Medicina-empresa. 3.5. Especialismo médico. 3.6. Socialização da Medicina. 3.7. Valorização do Sistema Unificado de Saúde (SUS). 3.8. Medicina de fábrica. 3.9. Medicina de grupo. 3.10. A greve e a ética. 3.11. Auditoria médica. 3.12. Junta médica. 3.13. Direito de internar e atender. 3.14. O Código do Consumidor e o exercício da Medicina: 3.14.1. A responsabilidade civil do médico; 3.14.2. O ato médico como prática abusiva; 3.14.3. Os planos de saúde e as cláusulas abusivas. 3.15. O médico e o Estatuto da Criança e do Adolescente. 3.16. O médico e o meio ambiente: 3.16.1. O direito à sanidade; 3.16.2. O direito ao meio ambiente saudável. 3.17. As cooperativas médicas e a dupla militância. 3.18. *Managed care*. 3.19. Medicina baseada em evidências. 3.20. Os riscos da medicina preditiva: 3.21.1. Intimidade genética. 3.22. Saúde e liberdade. 3.22. Segunda opinião. 3.23. Por uma medicina política. 3.24. Violação do direito à saúde. 3.25. Programa Saúde da Família. 3.26. A evolução social do médico no Brasil. 3.27. Serviço médico obrigatório. 3.28. Referências bibliográficas.

### Constituição Federal

Art. 5.º Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: "(...) XIII – É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer".

### Código Penal

Art. 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa. (...).

§ 3º Não se compreende na disposição deste artigo:

– a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida; (...).

### Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: (...); VI – executar serviços sem a prévia elaboração e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes; (...).

### Código de Ética Médica

## *É direito do médico:*

- I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.
- II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.
- III – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
- IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.
- V – Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.
- VI – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.
- VII – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.
- VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissionais, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.
- IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
- X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

## **3.1. INTRODUÇÃO**

Entende-se por liberalismo médico um conjunto de ideias e princípios professados pelos profissionais liberais da Medicina. As profissões, em geral, têm como fundamento maior a liberdade no exercício de suas atividades, como forma de valorização da personalidade e da cidadania, dentro de uma compatibilidade com a ordem jurídico-social. Assim, a lei outorga o pleno exercício profissional em tudo aquilo que ela admite como lícito e necessário.

Não se pode negar que o sistema vigente, entre outras coisas, além de contar com um número maior de especialistas, criou as instituições oficiais que ameaçam os velhos padrões do exercício liberal médico.

O desaparecimento progressivo da medicina privada e a criação do modelo médico de caráter mutualista vêm modificando o aspecto liberal da profissão. O médico de família vai sendo substituído pelo técnico altamente especializado que trabalha para as instituições do governo ou em sistema de cooperativismo. Mesmo assim, dentro da estrutura estatal, o médico continua sendo o elemento fundamental desse sistema; pois, qualquer que seja a modalidade de trabalho ou tipo de empregador, a

exigência é sempre a mesma: boas qualidades técnicas, morais e científicas.

Há quem afirme que a próxima geração de médicos estaria totalmente comprometida com uma organização tão complexa, que a única forma de proteção seria a sindicalização maciça, como maneira de unir todos os interesses no sentido de reivindicar seus direitos mais justos e inalienáveis.

Mesmo que a profissão médica seja modificada pelas mudanças socioeconômicas da hora atual, e o médico transformado em funcionário assalariado, teoricamente a medicina jamais perderá seu enfoque liberal. Seja qual for o caminho que vá percorrer a ciência hipocrática no futuro, nunca se deverá deixar que ela se equipare a uma empresa, mas numa profissão nobilíssima e de fundamental interesse.

Por outro lado, achamos que a medicina voltará a ter, mesmo em menor proporção, as antigas características liberais, pois a pseudossocialização, uniformizando no pior sentido os atendimentos, faz com que haja uma fuga dos serviços estatais para os consultórios particulares ou para a assistência de convênio. Antes era apenas uma pequena fração da comunidade que desfrutava dos benefícios da Previdência Social, mas hoje, ainda que de forma desorganizada e aleatória, gozam dessa assistência todos os brasileiros, através do Sistema Unificado de Saúde.

Por isso, repetimos, a medicina liberal continuará não por ser melhor, mas devido à falta de estrutura da medicina estatal, a qual se propõe, tão somente, alcançar as camadas mais desassistidas da classe proletária e os procedimentos primários.

### 3.2. ASPECTO LEGAL

O artigo 5.º, item XIII, da Constituição Federal, diz que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, observadas as condições de capacidade que a lei estabelecer”. É claro que essa liberdade não pode atentar contra os interesses da comunidade.

Nenhuma lei é específica no sentido de obrigar o médico ao atendimento de um paciente, a não ser que ele esteja preso por um contrato, expresso ou tácito, iniciado por uma prestação de serviços, o que torna esse vínculo uma verdadeira obrigação, que poderá, no entanto, ser extinta pela vontade das partes ou por motivo de força maior. Ou nos casos de urgência.

Afirmava Lacassagne: “Em princípio, é inteiramente livre o exercício da medicina. O médico pode recusar seu ministério, e sua recusa peremptória não tem necessidade de ser justificada por motivos graves e legítimos. O exercício da medicina é, em geral, puramente voluntário” (*Précis de Médecine Légale*. Trad. do A., Paris: Librairie J. B. Baillière et fils, 1908).

Hoje, todos são unânimes em aceitar o princípio da liberdade relativa, pois a profissão médica, entre outras, traz em si elevados interesses individuais e coletivos, ligados à pessoa humana. Deste modo, nem sempre é absolutamente livre o exercício da profissão médica, pois, além de ser do interesse público essa forma de mister, em face de existir em si o bem-estar de todos e de cada um, ainda é do próprio interesse coletivo que se possam, em certas ocasiões, impor algumas restrições a uma liberdade que se contrapõe à ordem pública e à paz social.

Mesmo assim, o exercício profissional da medicina constitui-se numa prática livre, e ainda que o médico não atenda um paciente em estado grave, com perigo de vida, não será ele punido em virtude da alegação do não atendimento como profissional. O que a lei pune, nessas circunstâncias, é a omissão de socorro, pois o texto penal, afastando-se da repressão ao crime, passa a disciplinar coativamente a solidariedade que deve existir entre os homens, numa maneira de assegurar os valores individuais e sociais. Impõe-se essa norma de solidariedade humana não apenas aos médicos, mas a todas as pessoas que possam prestar uma assistência a alguém que se encontre na iminência de sofrer qualquer dano grave.

### **3.3. SINDICALISMO MÉDICO**

De uma forma geral, define-se sindicato como uma associação formada por profissionais de uma mesma categoria, tendo como finalidade a defesa dos interesses econômicos e políticos comuns a todos os seus filiados.

Os que defendem o sindicalismo apontam como exemplo a União dos Sindicatos da França que, entre outras coisas, já conseguiu: a) a livre escolha do médico para o acidente de trabalho; b) que o sindicato seja o árbitro nas discussões de honorários; c) proposta e tabelas de aumento de honorários e vencimentos; d) árbitro em causas difíceis de responsabilidade e deontologia médica; e) lutar contra o exercício ilegal da medicina; f) assistência jurídica; g) a sociedade de previsão e seguros mútuos – veículo de fomentação do espírito de solidariedade e assistência recíproca entre os médicos; h) o estímulo à produção científica.

Nem sempre, no entanto, são unânimes as opiniões quanto ao sindicalismo médico. Os que se manifestam contrários a essa ideia afirmam que a sindicalização é uma autorrenúncia à posição social e individual de que desfruta o médico na sociedade. Além disso, há o perigo de se criar um ambiente propício às pugnas de uma política classista, pois o fundamento de todas essas agremiações é justamente o de adquirir certas vantagens materiais e sociais através da influência que possam exercer.

Os que são favoráveis argumentam que essa faculdade é um direito líquido e certo a que fazem jus todos os profissionais, liberais ou obreiros. Constitui uma maneira de manter a unidade da classe em torno de suas mais justas reivindicações. É um dispositivo legal que ampara todos os grupos humanos que atuam numa atividade similar.

E, finalmente, há aqueles que apontam vantagens e desvantagens no sistema da sindicalização.

Nossa opinião é que as Sociedades de Medicina deveriam se voltar mais para os interesses imediatos do médico como profissional, velando pela sua defesa e decoro.

É certo que as Sociedades existem, mas têm se preocupado somente com o aspecto cultural, científico e ético da classe médica, desinteressando-se pelo problema econômico de seus associados, deixando-os à mercê da própria sorte.

Hoje, os Sindicatos Médicos representam um marco indiscutível na vida política e social do médico brasileiro, e muitas de suas reivindicações já se apresentam como conquistas da categoria, no momento em que outras entidades médicas tornam-se cada vez mais omissas e inoperantes.

### **3.4. MEDICINA-EMPRESA**

As mudanças foram tão rápidas, e tantas são as inovações de ordem científica e tecnológica, que o médico ainda não pôde se aperceber da realidade em que vive.

A Medicina, de uma atividade quase meramente liberal, exercida de forma íntima e solitária, passou a se organizar de acordo com as necessidades impostas pelas exigências de uma época, sacudida e atordoada pelo vertiginoso desenvolvimento dos dias atuais.

Mesmo que o médico tenha diante de si grandes recursos materiais e uma tecnologia sofisticada, sente ele que a relação médico-paciente, a par de tudo, está cada vez mais desgastada.

Por que o médico de antigamente, quase sem nenhum recurso, era menos contestado que o médico atual? Muitas são as razões apontadas: a morte do médico de família, transferindo seus pacientes a técnicos impessoais e desconhecidos; o homem em si, mesmo dispondo das formidáveis conquistas materiais, é mais contestador e menos feliz, mais ambicioso e menos fraterno; o descompasso entre a

Técnica e a Ética; o despreparo de alguns, tão óbvio que o mais desavisado não deixa passar sem reparo; o mercantilismo, entendido por alguém como uma maneira de sobreviver, ante uma situação econômico-financeira cada vez mais grave e mais constrangedora; a socialização médica que, exercida como vem sendo, por uma minoria, despersonaliza o médico e o paciente, colocando a Instituição contra um e contra outro; o desaparecimento paulatino da medicina liberal, entre outras.

Nem a Medicina Socializada é sinônimo de burocratização médica, nem a Medicina Liberal é o mesmo que Medicina Humanística. A boa medicina está no homem que é o médico, nos meios de que ele dispõe e na organização dos serviços de saúde.

O certo é que o médico dificilmente pode sobreviver isolado, a não ser o médico “de roça”, despreparado, pobre, sem ambição, confidente e confessor, pai e amigo. Esse médico agoniza como muitos dos seus doentes, à luz trêmula e mortiça de uma vela, como a iluminar um caminho desconhecido e obscuro.

O médico das cidades de grande e médio portes já não pode sobreviver liberalmente. Ou se agrega às instituições estatais ou paraestatais, ou serve de “bagrinho” às empresas médicas privadas, cada dia mais proliferantes, cada dia mais opulentas. E já surgem as multinacionais de serviços médicos, segurando a saúde em qualquer canto do mundo em que alguém possa estar.

Tem o médico total responsabilidade por tudo isso? Não. A Medicina empresarial não foi criada por ele. Criou-a o próprio sistema.

O limite do ter é inesgotável. Tudo pode ser fonte de riqueza e essa riqueza pode ser multiplicada muitas vezes. A própria doença passou a ser uma dessas fontes e, assim, surgem os empresários médicos, cuja matéria-prima é simplesmente a doença.

O paciente e as próprias instituições locadoras de serviços passaram a ver nesses complexos empresariais, de equipamentos sofisticados e de tecnologia avançada, uma forma melhor de atendimento, incapaz, segundo eles, de ser executada pelo médico de consultório.

Antigamente bastava o médico colocar a mão sobre o peito do paciente e dizer-lhe que tudo ia bem. Hoje, no entanto, sua afirmação é objeto de prova.

A medicina sanitária foi esquecida. Ampliou-se exageradamente a medicina curativa a toda a população, sem um esquema, sem uma planificação. Essa forma de medicina não conhece os limites da medicalização da vida.

Não se pode omitir que muito dos grandes male começam a desaparecer, como a malária, a peste e a febre tifoide. Mesmo que proliferem, dia a dia, os meios tecnológicos e farmacêuticos, não se conseguirá reduzir a morbidade global nem controlar a epidemia iatrogênica, ambas ameaçadoras e graves. Por mais paradoxal que possa parecer, a Medicina é exercida, cada vez mais, em piores condições e o relacionamento médico-paciente é cada vez mais dificultoso e trágico.

Esse fenômeno não é local, mas universal. Em qualquer sistema econômico ou político o problema é o mesmo. E não se diga que o médico é culpado por esse estado de coisas, nem a Medicina pode ser vista como responsável, mas, lamentavelmente, como instrumento e vítima de uma realidade que, mesmo não aceitando, todos estão impelidos a acatar.

Já se disse com muita propriedade que, assim como o humilde farmacêutico que manipulava as fórmulas médicas, o simpático guarda-livros e o lírico comerciante de bairro foram substituídos, respectivamente, pelos poderosos complexos industriais farmacêuticos, pelos requintados escritórios de auditoria e planejamento e pelos majestosos supermercados – numa luta impiedosa e desigual, na tentativa da conquista dos mercados –, a Medicina também não está conseguindo livrar-se desse fatalismo.

Por incrível que pareça, no momento atual, é a Medicina a instituição mais visada. O monstro das demandas judiciais ameaça o exercício médico, e os tribunais não se cansam de adotar atitudes cada vez mais severas contra o médico. Em certos climas, muitos foram os profissionais que abandonaram a atividade médica, fugindo das extorsivas taxas de seguros.

Por outro lado, os notáveis êxitos médicos são diluídos no esquecimento. Uma suposta omissão de socorro ou uma pretensa negligência médica são motivos de alarde para que uma determinada forma de imprensa, sensacionalista e sem escrúpulos, procure atingir fundamente a respeitabilidade profissional, desgastando o tabu da reverência e destruindo o frêmito da sensibilidade hipocrática, da maneira mais lamentável e cruel.

O médico, por sua vez, o pobre médico isolado e esquecido, de dois empregos e automóvel à prestação, não pode ser responsável por um estado de coisas que ele não criou, para o qual não foi consultado, e para o qual não concorreu. Esse médico não vai poder sobreviver com dignidade ou com as mínimas condições de subsistência. Terá de ser fatalmente atraído e esmagado pelas engrenagens das grandes Empresas Médicas, gananciosas e desumanas, ávidas de mão de obra barata e de lucros formidáveis.

É claro que o espírito empresarial não resiste à sedução de um maior lucro, indo refletir sobre a remuneração do profissional, e, inevitavelmente, os resultados seriam uma crise na qualidade e na produtividade do trabalho médico.

Todo médico consciente sabe que o ideal seria exercer sua profissão dentro do melhor nível técnico possível, embasada nos mais elementares princípios éticos que a tradição consagrou como úteis e imprescindíveis, e de uma forma em que a relação médico-paciente se processe da maneira mais pessoal e humana.

Não podemos negar que fomos surpreendidos e atordoados por uma série de acontecimentos e situações que nos chegaram demasiadamente rápidos. O futuro bateu inesperadamente em nossa porta.

Mesmo assim, acreditamos que a inteligência e o bom senso do homem abrirão caminhos para uma solução mais viável e mais equitativa.

Trabalhe-se junto às populações médicas, no sentido de conscientizá-las de seu real valor, resistindo a certos acenos, a fim de resguardarem sua dignidade e a real necessidade do paciente.

Corrijam-se as injustiças da distribuição desigual, através da institucionalização do sistema médico-assistencial, da melhor assistência ambulatorial e do credenciamento pessoal. Prove-se que a livre escolha, tal qual vem sendo defendida por alguns, outra coisa não reflete senão os interesses de prestadores de serviços médicos, a facilidade dos desvios éticos e o aviltamento pelo regime de pagamento por unidade de serviço ou por procedimentos médicos.

Desestimulem-se os contratos globais com as grandes Empresas Médicas, captadoras da grande clientela, por meio do internamento justo e necessário, e pela ênfase do tratamento ambulatorial – saneador e selecionador dos internamentos injustificáveis.

Crie-se uma classe médica de fato, sustentada nos princípios do liberalismo e amparada na solidariedade, e não “grupos” isolados de profissionais da medicina que só se reúnem quando o interesse de cada um está em jogo.

Defendam-se, por todos os meios, as instituições públicas, cujo espírito é o mais nobre e o mais puro, mas, desgraçadamente, desacreditadas e insultadas por uma minoria que, mesmo sendo a mais beneficiada, não se furta a criticar e denegrir. Nossa infidelidade à Instituição à qual servimos foi o primeiro passo para comprometer a imagem do médico. Muitas das Unidades Estatais brasileiras ainda se mostram como exemplo de bom padrão médico-assistencial e científico.

Humanize-se a Medicina, fazendo dela um sacerdócio e não um comércio desacreditado. Somente uma consciência humanística e solidária poderá conduzir a Medicina e o médico pelos caminhos que encontrem o homem, não como unidade demográfica ou biológica, ou como objeto de reparos e manutenção, mas como a maior de todas as realidades sociais.

### 3.5. ESPECIALISMO MÉDICO

Não se pode, nos dias que correm, prescindir das especialidades médicas e dos especialistas. A partir de cinquenta anos atrás, verificou-se uma profunda modificação na ciência médica, determinando, entre outras coisas, a inclinação dos profissionais para uma especificada área de maior habilidade e vocação. E isso fez com que a medicina ganhasse maior prestígio, passando a sociedade a ver nesse fato uma atitude honesta e conveniente – a de uma pessoa procurar aperfeiçoar-se num certo ramo de sua profissão.

Por outro lado, não se pode negar que a especialização médica trouxe alguns inconvenientes, o que é perfeitamente natural em tudo que se transforma. Como exemplos, temos a concentração excessiva numa “parte”, quando o indivíduo em si é um todo; e em relação ao médico, tirou a especialização um pouco de sua condição de senhor, passando-o para a posição de subordinado, que recebe o paciente orientado e, muitas vezes, com a indicação daquilo que deve fazer. Todavia, o bom especialista é aquele que conhece profundamente a parte, mas não perde de vista o homem em sua totalidade. O paciente não pode ser transformado em “um caso”, como, por exemplo, de “um rim” ou de um “fígado”, pois é conceito universal e antigo que não se tem doenças, mas doentes. Portanto, um dos princípios fundamentais da medicina curativa é conhecer o doente.

Assim, o especialista autêntico não deve apenas conhecer profundamente determinados e restritos campos da atividade médica, mas ter o conhecimento mais amplo da ciência-mãe. Alguém poderia dizer que é se aprofundando que se chega ao saber. Entretanto, isso também significaria, na verdade, a restrição do conhecimento pleno. O velho Augusto Comte dizia que não existem departamentos estanques entre as ciências. E com muito mais razão podemos afirmá-lo em relação à Medicina.

Não se entenda que estamos criticando o especialista; pois, além de necessário, é ele decorrente de uma transformação evolutiva da ciência, pelo vertiginoso e crescente acervo de conhecimentos que surgem nos dias atuais. Mas não podemos esquecer que profundidade é sempre sinônimo de restrição. É indiscutível que a especialização traz em si uma grande força expansiva; no entanto, em seu interior, pode existir o gérmen da materialização e da insensibilidade. O fracasso de muitos especialistas é, exatamente, esquecer o indivíduo, pensando que podem solucionar os problemas de um órgão sem tomar conhecimento do homem que é portador desse órgão.

Geralmente, o que se chama de *especialismo* não é aprofundar-se em conhecimentos, nem tampouco escolher uma especialização, mas tão somente o descuido da cultura médica e humanística. Todas as profissões têm sua nobreza. Não existe melhor nem pior. Existem, sim, bons e maus profissionais. A Medicina, no entanto, é *diferente*, pois seu material de trabalho é o homem. Outras profissões trabalham com o homem, mas a nossa o faz no momento de maior perigo, de maior aflição e de maior desgraça.

Sendo assim, se o nosso material de trabalho é o homem, há necessidade de uma maior informação cultural, pois é isso que nos dará maior sensibilidade para entender a criatura humana, que não é apenas uma unidade biológica, mas uma realidade afetiva e sentimental.

Jamais poderíamos negar o valor da especialidade, pois é a ela que se devem, na atualidade, os maiores momentos e os rasgos mais espetaculares da Medicina. Porém, uma visão parcial, fragmentária e

limitada, leva, inevitavelmente, a uma regressão de ordem espiritual e intelectual. Há certa forma de Medicina que, voltada metodicamente e por padrões a determinados males, dá ao paciente uma sensação de clichê.

O especialismo sem calor desumaniza a Medicina e o médico, e despersonaliza o paciente. O humanismo será sempre o corretivo das distorções da ciência médica, tornando-a menos material e consagrando-a na tradição de que sempre se revestiu.

A especialização é necessária, contudo não impede o conhecimento das humanidades clássicas, nem tampouco o conhecimento mais amplo da Medicina.

### **3.6. SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA**

Ninguém pode negar, mesmo os mais radicais, que a Medicina Liberal está cedendo terreno à Medicina Socializada – consequência inevitável das necessidades dos Estados modernos, que colocam a vida e a saúde das pessoas como bens fundamentais, na tentativa de manter o equilíbrio social e a ordem pública.

É difícil, atualmente, o médico permanecer isolado num mundo cuja tendência é se organizar no plano coletivo. A solidariedade profissional e a soma dos recursos tecnológicos provam que essa integração de bens e valores ampara e protege, em sentido mais amplo, o paciente, sobretudo quando se procura estender essa assistência ao maior número possível de indivíduos, no objetivo de acudi-los nas necessidades mais prementes.

A inclinação socializante da Medicina é irreversível. Portanto, só nos resta tudo fazer em defesa da profissão, sob a égide do sistema que nos é apresentado, a fim de mantê-lo no mesmo respeito que sempre mereceu.

Nem Medicina Socializada é sinônimo de burocratização médica, nem Medicina Particular quer dizer Medicina humanista. A boa medicina está no homem, que é o médico, e nos meios de que ele pode dispor. Assim, a diferença capital entre uma e outra forma de exercício parece estar no facultativo, que tanto pode mercantilizar sua atividade no sistema privado como humanizar seu mister no sistema médico-social, ou vice-versa. É muito mais fácil, a nosso ver, praticar o mercenarismo no setor privado.

O ideal será adaptar a Medicina Socializada aos princípios liberais, evitando algumas distorções que a rigidez burocrática venha a impor-lhe.

O imperativo de se velar pela seguridade social não tem nenhuma inspiração político-ideológica. Muito pelo contrário, a seguridade social é utilizada em todos os regimes do mundo, inclusive nos países capitalistas. Socialismo e socialização são coisas distintas, sumamente distintas.

Não se pode dizer que o liberalismo clássico, pelo menos, venha a desaparecer da Medicina, no momento. Tornar-se-á ele, na verdade, mais raro. O desenvolvimento da produção e do consumo e a organização de cunho mais comunitário darão mais ênfase às aberturas sociais.

Nos Estados Unidos, sete de cada dez pessoas estão protegidas por seguros médico-cirúrgicos, cujo sistema requer mais reparo que o sistema previdenciário estatal, que não visa a lucros nem se coloca na posição de empresa. Se acreditamos na honestidade dos bens e serviços prestados por aquelas organizações particulares, mais forçados somos a acreditar na organização estatal, não só pelo seu desinteresse lucrativo, mas, e principalmente, pelas maiores condições e disponibilidades.

A Medicina Socializada tem um destino mais solidário, mais técnico e mais humanista, afastando a competição escusa e o egoísmo censurável.

Se a Medicina Liberal no Brasil está morrendo, não tem cabimento denunciar a existência de algo

comprometedor, mas, simplesmente, uma premência de o paciente necessitar de novos exames complementares, utilização de aparelhagem sofisticada e técnicas sempre mais complicadas. Para o médico é difícil dispor de tudo isso isoladamente, e o paciente não tem condições de, por si próprio, responder a todas essas exigências.

Muitos creem existir apenas dois caminhos no futuro: a Medicina Socializada estatal e a Medicina Socializada privada. Analisando os prós e os contras das duas correntes, e admitindo as falhas e as virtudes de ambos os sistemas, haveremos de convir que é viável uma boa assistência através de uma aliança solidária dos dois métodos, sob a supervisão do Estado.

Bater-se pela Medicina Socializada ou Previdenciária, embora alguns achem que não tem a mesma significação, e afirmar que a Medicina Liberal está se esvaziando, não pode ser concebido como uma frustração, nem como uma ofensa à profissão, e muito menos como um desfavor ao médico.

Considerando-se que 90 por cento do custeio da assistência médica no país são realizados pelos órgãos estatais, é um argumento incontestável que essa foi a melhor fórmula de atender às nossas próprias necessidades.

É bem verdade que a Socialização da Medicina não é uma vara de condão capaz de resolver todos os problemas de saúde no Brasil; não obstante, é pelo menos o sistema mais exequível para uma situação para a qual não há qualquer outra receita, já que o sistema médico não deve ser diferente do sistema econômico em que ele está plantado.

Os defensores da iniciativa privada não podem combater tal sistema, visto que 80 por cento dos casos de maior urgência ou necessidade foram colocados nos leitos dos hospitais particulares credenciados como locadores de serviços médicos.

Que medicina estatizada é essa em que 80 por cento de seus serviços hospitalares são prestados pela rede nosocomial privada?

A Previdência Social sempre respeitou e incentivou a livre iniciativa, por isso seria uma injustiça dizer que o INAMPS tinha uma filosofia eminentemente estatizante. Cerca de 85% do orçamento da assistência médica era gasto todo ano com a assistência de unidades particulares mediante convênios.

Infelizmente, a socialização da Medicina ainda não alcançou um ideal preconizado, devido a três fatores que achamos basilares: a infidelidade de alguns de nós à Instituição, a falta de controle do órgão previdenciário na prestação de serviços por terceiros e a criação de uma elite burocrática.

Criticam-se as filas chamadas “desumanas” do SUS, que são filas de duas horas. Porém, não se criticam as filas dos consultórios dos grandes especialistas que são filas de seis meses.

Sabemos que os níveis de remuneração fixos do médico do setor público e o conseqüente achatamento salarial fazem-no um assalariado, cuja renda não é ainda compatível com as suas necessidades elementares. Sabemos, também, que a capacitação profissional é crescentemente dificultada pela burocracia tecnocrata imposta por outros órgãos do serviço público. Estamos cientes, outrossim, que, mesmo sendo o espírito da medicina estatal o mais meritório, a execução de alguns dos seus planos mostra-se, vez por outra, com limitações e defeitos, os quais não têm fugido da consciência dos administradores.

Todavia, não podemos esquecer que a socialização da Medicina é uma marcha irreversível. Destarte, cumpre-nos apenas criar condições dentro deste sistema, onde muitos dos princípios liberais da profissão possam influenciar um melhor rendimento, e encontrar razões de estímulo no importante mister que estamos destinados a exercer.

### 3.7. VALORIZAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE (SUS)

Não se pode negar o esforço da administração pública séria para modificar a imagem do seu serviço médico, procurando analisar os mais diversos fatores que vêm concorrendo para desprestigiá-lo e desacreditá-lo.

O aumento considerável da procura dos serviços médicos, devido ao vertiginoso e impressionante crescimento da demanda, trouxe, como é natural, múltiplas deficiências no atendimento. As provas mais evidentes são, sem dúvida, a constante preocupação em absorver cada vez mais a mão de obra médica; o interesse em implantar, com a maior brevidade, o Plano de Modernização da Assistência Médica do SUS; a liberação de grandes somas para melhorar seus serviços; o programa de aprimoramento e treinamento de pessoal, entre outras.

É claro que apenas um esforço isolado seria incapaz de, por si só, resolver, a curto ou médio prazo, todos os impasses, e amenizar as deficiências que existem. É preciso, e isso é fundamental, que cada médico crie uma consciência do valor do seu trabalho e do muito que ele pode oferecer do seu rendimento pessoal. À medida que a imagem do SUS começa a desgastar-se, começa a comprometer-se a imagem do próprio médico que a ele presta seus serviços. Se não modificarmos urgentemente a impressão negativa que se possa ter do Sistema, jamais poderemos corrigir as graves distorções infelizmente existentes na figura do médico brasileiro, impiedosa e injustamente aviltada, humilhada e desacreditada.

Sabemos que os níveis de remuneração do médico ainda são incompatíveis com a realidade atual, não correspondendo ao trabalho exercido nem ao valor que ele representa.

Tão importante quanto a situação econômico-financeira do médico é a sua capacitação profissional. Sendo o SUS o maior mercado de trabalho médico do país e aquele que ainda precisa mais dessa atividade, deve ser essa Instituição a mais interessada no aprimoramento permanente do seu pessoal especializado. Quanto mais conhecimentos vier ele a adquirir, melhor será o trabalho realizado por esses profissionais.

Precisamos ter a coragem de confessar que um dos fatores que vêm influenciando a má feição do serviço médico estatal é, indubitavelmente, nossa infidelidade à Instituição. Opostamente, seríamos injustos com nós próprios se não admitíssemos que já surgem aplausos e receptividade ao que se tem feito ultimamente. Muitas das Unidades Hospitalares Públicas já são apontadas como exemplo de bom padrão médico-assistencial.

O espírito do Sistema Unificado de Saúde é o mais puro e humanitário. Suas normas são plenamente exequíveis à nossa realidade social. Padece apenas de uma conscientização pessoal para colocar em perfeito andamento toda essa estrutura, e de uma administração capaz.

Não há trabalho humano que não apresente defeitos. A ninguém mais do que nós é dado o direito de conhecer nossas limitações e imperfeições. As críticas devem ser feitas entre nós, evitando assim que uma classe inteira, ou mesmo uma organização, venha a sofrer desgastes, pelo erro de um indivíduo que falhe isoladamente. E que essas críticas sejam feitas na busca de soluções que cada caso mereça.

Para tanto, é mister que cada um, consciente de sua missão, acorde para o bem que representa seu trabalho e o que dele espera a comunidade brasileira. Conscientizar as Chefias Médicas no sentido de oferecer soluções aos mais diversos problemas, junto às Chefias imediatas, a fim de elevar o bom nome da Instituição e dar-lhe condições para que o médico passe a ter o devido destaque na problemática social do país.

Estimular o aperfeiçoamento do médico, incentivando sua presença em Cursos, Jornadas, Simpósios

e Congressos, dentro ou fora do país, para que ele jamais se distancie do progresso da Medicina.

Instituir Congressos Regionais e Nacionais do SUS, atraindo, destarte, as populações médicas para a arena das discussões e debates, numa análise e avaliação dos feitos científicos sociais e econômicos.

Publicar Revistas Médicas do SUS estaduais e nacional, com intercâmbio com os mais diversos organismos médicos e científicos do Brasil e do exterior, difundindo, por conseguinte, o conhecimento médico de âmbito estatal.

Levar às Universidades, e mais especificamente às Faculdades de Medicina, a informação da problemática brasileira no que se refere à assistência médica e aos objetivos da Medicina Social, motivando, desta forma, os futuros médicos nos propósitos e nos ideais da Medicina Pública brasileira, fazendo-os tomar conhecimento da nobre missão de assistir seus irmãos.

Criar os Centros de Estudos do SUS, nas cidades de maior população, para que os médicos estabeleçam entre si interações de ordem científica, ética e cultural, numa tentativa de melhorar o padrão técnico e humanizar – mais acentuadamente – o trabalho médico.

Enfim, procurar a todo o custo criar uma estrutura que permita a cada um de nós encontrar razões de orgulho no transcendente papel que estamos desempenhando, fazendo com que o Estado se sinta obrigado a aperfeiçoar, cada dia que passa, seu plano social na esfera médico-assistencial.

### **3.8. MEDICINA DE FÁBRICA**

A Previdência Social brasileira, a partir de maio de 1964, passou a estimular e financiar a assistência médica nas empresas, através de um convênio celebrado entre o ex-IAPI e a Volkswagen. Assim, a Previdência deixava de prestar a assistência médica aos empregados daquela fábrica, os quais seriam amparados pela própria companhia, ficando esta dispensada da contribuição devida ao Instituto. Atualmente, os convênios firmados nestes moldes fazem com que a Previdência devolva mensalmente às Empresas convenientes cerca de 5% do maior salário mínimo regional do país por empregado assistido.

Aliás, essa filosofia não é recente. Henry Ford sentenciava: “O corpo médico é a seção da minha fábrica que me dá mais lucro”.

Um Departamento Médico de uma Empresa, entre outras finalidades, serve para: seleção de pessoal capaz de criar menor número de “problemas” no que diz respeito à saúde e à produção; evitar o prejuízo na força de trabalho pelo absenteísmo, podando as consultas ditas “desnecessárias”, analisando as faltas e licenças, policiando a doença e obtendo uma volta mais rápida ao trabalho; oferecer um tratamento “mais adequado” ao trabalhador, evitado alguns empecilhos que a burocracia estatal ou seu paternalismo possam oferecer.

Mesmo que a Previdência financie tais investimentos, as atividades médicas mais complexas e mais onerosas sempre ficam sob sua responsabilidade, cabendo aos Departamentos Médicos das Empresas uma responsabilidade apenas do seu interesse, como controlar a rentabilidade laboral, e secundariamente uma preocupação com o trabalhador doente.

Seu grande interesse passou a ser a produtividade. Além do mais, a critério do Instituto, a Empresa que conta com tais convênios poderá ser reembolsada de despesas realizadas com certos eventos médicos de custo mais elevado. E, finalmente, esses Departamentos estariam desobrigados dos tratamentos com a fisiologia e com as doenças mentais.

Com honrosas exceções, esses Departamentos Médicos nada mais fazem do que a prescrição de analgésicos e antigripais, retirando do empregado o direito de procurar seu ambulatório. Ou assumindo um papel eminentemente fiscalizador, a critério de interesses ditados pela Empresa.

O médico e o trabalhador passam a ser controlados pela fábrica.

### 3.9. MEDICINA DE GRUPO

Com a alegação de que as grandes empresas necessitam desburocratizar e modernizar suas atividades, passou-se a comprar de outras empresas especializadas certos serviços complementares. O mais comum desses serviços acessórios é a assistência médica aos trabalhadores, através de prestadores de serviços conhecidos por Grupos Médicos, Empresa Médica ou simplesmente Medicina de Grupo, mediante remuneração por procedimento. Uma alternativa do setor empresarial, financiada pelo Estado comprador de serviços, com o direito de fiscalizar o padrão de atendimento e selecionar os Grupos Médicos, embora ele jamais tenha assumido esse papel de controlador e disciplinador. Esse sistema é, pois, diferente dos departamentos médicos das fábricas, mesmo que tenham eles pontos comuns, como manter e aumentar a produtividade lucrativa da empresa com a rápida recuperação da força de trabalho, o policiamento do absenteísmo e a volta mais rápida do empregado doente. Ainda que as Empresas Médicas tenham autonomia na escolha do seu pessoal, dificilmente esses grupos se mostram com bastante independência no que diz respeito à proteção da massa assistida.

A Medicina de Grupo é movida basicamente pela lógica do lucro, respaldada no barateamento dos custos de serviços prestados, o que, por seu turno, fere fundamento o nível da assistência oferecida, golpeia a consciência do médico e compromete sua ética. São sociedades de responsabilidade limitada, sociedades beneficentes, tendo elas a participação ou a propriedade de médicos ou leigos, de finalidades lucrativas, mantidas por quantias repassadas principalmente do SUS. E não é sem razão que são orientadas por medidas racionalizadoras de despesas, a começar pela escolha dos médicos inexperientes e desempregados, pela seletividade do pessoal assistido, pela restrição dos exames complementares, pela não aceitação de tratamentos onerosos, pelo não atendimento dos pensionistas e aposentados, os quais ficam aos cuidados do SUS. Assim, ficam à margem da obrigação da empresa médica os portadores de doenças crônicas que após 180 dias não têm condições de voltar ao trabalho; os que necessitam de reabilitação profissional; os casos de tuberculose; os portadores de doenças mentais; as hemodiálises, os transplantes e as cirurgias cardíacas; as situações consideradas de “risco catastrófico”; e finalmente, a critério da Previdência Social, o reembolso de despesas de custos excessivamente elevados. Deste modo, os tratamentos mais demorados e os custos mais altos com a assistência médica voltam à responsabilidade do SUS, como o caso da AIDS.

Em geral, esses contratos firmados entre as empresas e os Grupos Médicos são instituídos no sistema de pré-pagamento, fixado pelo número de operários, sem levar em conta o nível e o tipo assistencial. Na celebração do contrato com a Medicina de Grupo, as empresas autorizadas pelo poder público retêm 5% do maior salário mínimo vigente no país por empregado, percentual esse repassado com adicionais que, por sua vez, também são descontados no Imposto de Renda como despesas do empresário. Desta forma, afirma Jayme Landmann, “a assistência médica prestada pela Empresa Médica é quase totalmente financiada pelo Governo: pela importância que deixa de ser recolhida ao INAMPS e pelo adicional abatido no Imposto de Renda”.

A classe trabalhadora brasileira não tem poupado críticas à Medicina de Grupo pela qualidade dos serviços prestados, e é favorável ao aprimoramento dos setores próprios da Previdência e dos seus Sindicatos, mesmo sabendo que essa assistência ainda não é a ideal. Entendem eles que a Medicina de Grupo é uma entidade controlada pelo patrão, cujos interesses são traçados em benefício da empresa, que desaconselha a readmissão das convalescenças prolongadas e das doenças cíclicas. O mesmo acontece

com as licenças para tratamento de saúde e para os abonos das faltas. O controle é tão severo que algumas dessas Empresas Médicas, em perfeito acordo com as firmas contratantes, admitem apenas as trabalhadoras solteiras ou com “planotest” negativo, e de preferência as esterilizadas, o que contraria os mais modestos princípios de respeito à dignidade humana. Os trabalhadores cedo observam também que a qualidade e a maneira do atendimento médico entre eles e os funcionários mais qualificados são bem distintas.

Não se diga, ainda, em favor da Medicina de Grupo, ser ela um estímulo à livre escolha. Uma opção restrita a um pequeno grupo de médicos não pode ser entendida como livre escolha. Esse modelo sempre foi patrocinado e defendido por uma fração médica, e jamais reclamado pelos que se utilizam da assistência médica. O que eles reivindicam é uma assistência ampla e de boa qualidade.

Os médicos assalariados pela Medicina de Grupo, geralmente contratados para atendimentos primários, mesmo ganhando salários iguais aos que percebem os da função pública, são obrigados a atender um número exagerado de pacientes, com recomendação de restringir exames e, muitas vezes, trabalhando em ambientes sem a mínima condição técnica. Em geral são colegas recém-formados, desempregados, vivendo nas grandes cidades, premidos, portanto, a aceitarem estas formas de tarefa como tábua de salvação. Os médicos credenciados para alguns serviços especializados, ganhando por tarefa e remunerados por tabelas de Medicina de Grupo, são ainda mais vítimas. E quando eles passam a contestar, fazendo comparação com o Serviço Público, começam a sentir que na Empresa Médica o tão exaltado liberalismo está profundamente comprometido e sua ética mais e mais aviltada.

Da maneira como caminham as coisas, com a proliferação e a abrangência da Medicina de Grupo, não tardará o tempo em que a categoria médica, pela retração do mercado e o não aproveitamento deliberado pelo setor público, terá de submeter-se aos caprichos e à tutela das Empresas Médicas.

Por incrível que pareça, a Previdência Social dava a entender que esses convênios com a Medicina do Grupo eram viáveis sob o ponto de vista político e econômico, por admitir o crescimento acelerado do número de segurados, pela criação de um mercado de trabalho junto aos empresários da saúde e pela impossibilidade de fiscalizar os atos médicos oriundos de serviços prestados pelo setor credenciado. Aparentemente o SUS levava vantagem. Descongestionava o atendimento, diminuía os gastos com assistência, evitava a pressão da comunidade sobre a burocracia e as filas, diminuía o número de licenças, internamentos desnecessários e cirurgias sem indicação, afastava o superfaturamento, os doentes-fantasmas e o exagero dos exames complementares. Todavia, como se viu, essas vantagens só existem até um certo ponto. Depois, tudo é da responsabilidade do SUS: dos grandes queimados até a assistência aos aposentados, licenciados e despedidos.

Depois dos trabalhadores, os mais sacrificados pela Medicina de Grupo são os médicos por ela assalariados: pelo furor do lucro empresarial, pelo cerceamento da sua liberdade, impossibilitando um trabalho sério e comprometendo gravemente sua ética. Em suma: o processo avilta o médico, compromete a medicina e transforma o trabalhador em mero objeto de mercancia.

Toda atividade médica deve ter como base a independência científica – exclusiva da pessoa física do médico, cabendo-lhe todos os direitos e responsabilidades, que vão desde a guarda do sigilo profissional até a autonomia de prescrever. Se isso não é possível, surge a quebra da qualidade e da produtividade do trabalho assistencial, e uma forma de colonizar o paciente em favor daqueles grupos minoritários.

Além do mais, a assistência prestada pela Medicina de Grupo é, em parte, elitista, não só pela distribuição geográfica que beneficia as áreas economicamente mais fortes, senão, também, por distinguir acintosamente a assistência médica por categorias diferenciadas entre executivos e as diferentes faixas de

trabalhadores, que vão do tipo *standard* ao tipo “especial”, numa forma manifesta de discriminação que atenta contra o primeiro de todos os postulados éticos, que diz ser “a medicina uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupação de ordem religiosa, racial, política e social”, e contraria ainda o espírito do sistema médico estatal, que propõe a distribuição geográfica e social dos seus recursos, comprometendo, assim, os princípios mais elementares da seguridade social.

Outro fato grave é o de algumas Empresas Médicas de sistema cooperativista, que aparentemente não demonstram nenhum interesse lucrativo, guiarem-se pelo processo condenável da remuneração da unidade de serviço, numa filosofia de conflitos; pois, enquanto a cooperativa se empenha em diminuir as despesas, inclusive com a retenção dos honorários, os cooperativistas buscam produzir mais em face do estímulo do pagamento por tarefa.

Em suma, a prestação de serviços médicos pela Medicina de Grupo, ou qualquer outra modalidade assistencial que explore os serviços médicos e que se distancie do interesse de proteger e recuperar a saúde dos trabalhadores, como se tem verificado até então, deve ser condenada pelas seguintes razões:

1. discrimina a forma assistencial entre categorias de empregados, mesmo que a manutenção desses Grupos Médicos seja através da contribuição dos trabalhadores;
2. coloca-se como intermediária da assistência médica, passando os médicos a depender dessas empresas e sujeitarem-se ao tipo de serviço e ao preço imposto, quando se sabe que o trabalho médico não deve ser explorado por terceiros;
3. explora uma forma de medicina e um tipo de trabalho médico cujo fim é o lucro, propenso, inclusive, a subordinar todas as ações ao interesse do ganho, no mais puro impulso mercantilista;
4. pratica publicidade imoderada quando insinua em seus anúncios, entre outras coisas, a redução do absentismo;
5. colabora em planos de serviços com entidades em que não existe independência profissional ou para que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos;
6. quando regida pelo sistema de unidade de serviço, constitui-se em fator de dispersão de recursos e serve como estímulo à execução de atos médicos desnecessários;
7. atende, sem motivos justificáveis, aquelas pessoas possuidoras de recursos, através de honorários inferiores à praxe do lugar, numa manifesta modalidade de concorrência desleal;
8. interfere na relação entre o médico e o paciente, quando coloca entre um e outro o lucro, pois o alvo de toda atenção do médico é o doente, em favor de quem devem ser utilizados o melhor empenho e a maior capacidade profissional;
9. impõe restrição no atendimento de certas doenças e estabelece critérios de tempo de carência, como se as pessoas tivessem data certa de adoecer;
10. finalmente, pela intimidade com os agenciadores da saúde, não deixa de ser a Medicina de Grupo uma forma desleal de concorrência para com os outros colegas.

### **3.10. A GREVE E A ÉTICA**

Nenhuma profissão experimentou, nestes trinta últimos anos, maiores transformações que a medicina. De uma atividade elitista e quase exclusivamente liberal, passou ela a ser exercida em instituições públicas ou empresariais, e o médico um mero assalariado. Assim, ao se colocar na condição de

empregado, inevitavelmente teria ele de usar os mesmos meios utilizados pelos demais obreiros, no sentido de conquistar melhores condições de trabalho, forma mais adequada na prestação de serviços e, também, não há como negar, de conseguir remuneração justa e capaz de assegurar-lhe, juntamente com a família, uma existência compatível com a dignidade humana e com as necessidades vigentes de sua categoria.

Por isso, ninguém discute mais o fato de os médicos exercerem o direito de greve como recurso extremo de pressão social, de forma consensual e temporária, quando defendem interesses públicos ou de sua categoria, e desde que respeitadas as necessidades inadiáveis e essenciais da população.

Por outro lado, não há como deixar de reconhecer que toda greve médica fere interesses vitais e traz prejuízos indiscutíveis, e que não deixa de apresentar, para alguns, aspectos antipáticos e contraditórios. Mas todos passaram a entender que, em certos momentos, é a greve o único caminho para alcançar melhores condições de vida, utilizada como *ultima ratio*, em face da intransigência do patronato avaro ou do poder público insensível, ante a população assalariada. Não há como aceitar mais a velha e surrada ideia de que servir à comunidade está acima do direito de fazer greve, como se os grevistas não fossem pessoas iguais às outras, omitidas e aviltadas, nas suas humanas e desesperadas tragédias. Excluir o médico do direito de greve é uma discriminação imperdoável e um desprezo às suas prerrogativas de cidadania, porque a garantia constitucional desse direito está fundada nos princípios mais elementares da liberdade do trabalho. Seria injusto exigir dele apenas a condição de sacerdote e negar-lhe o que todo ser humano necessita para sobreviver.

Assim, a greve médica, para constituir-se num ato eticamente protegido e politicamente justificado, tem de acatar certos fundamentos que demonstrem a justeza dos seus fins: ser um embate simétrico e paralelo entre duas forças sociais, expressar uma resposta de autodefesa socialmente legítima, representar a última razão depois de esgotadas todas as tentativas de negociação e manifestar o respeito às atividades exercidas nos serviços considerados essenciais.

Não há também como censurar o médico que participa dos movimentos organizados da categoria e das lutas coletivas, na busca de garantir vantagens como forma de proteção social. Isso está assegurado em seu Código de Ética, quando se lê: “O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico”. Mais adiante, enfatiza que é proibido “Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens”. Em suma, resta evidente que, também sob o ponto de vista ético, o profissional da medicina tem o direito de fazer greve, como meio extremo de conseguir benefícios pessoais e de prover as condições éticas de trabalho em favor da comunidade.

Este mesmo Código, no entanto, de forma peremptória, diz que é vedado ao médico “deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for sua atribuição fazê-lo, colocando em risco a vida dos pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria”. Nada mais claro para se entender que o direito de greve não é absoluto e que o médico não pode nunca, nem de forma alguma, paralisar suas atividades em serviços de pronto atendimento.

Outra coisa: os movimentos reivindicatórios dos médicos são diferentes de algumas categorias profissionais. Primeiro, não têm o radicalismo persistente do paredismo. Depois, os pacientes não são abandonados nem fica a comunidade desprotegida, pois há critérios muito honestos na seleção de casos, pelas comissões de triagem, e até hoje não se registrou nenhum ato de omissão de socorro nem de dano em que o não atendimento fosse responsável. Também é justo que se diga não serem as reivindicações dirigidas apenas no sentido de corrigir o aviltamento salarial, mas ainda na melhoria das condições do

atendimento médico em graus compatíveis com a dignidade humana, da luta permanente pela conquista de meios materiais para uma assistência mais efetiva e da absorção de uma política de capacitação de recursos humanos. Desta forma, dizer que a greve fere a ética médica no âmago de sua filosofia é, senão ressuscitar um lirismo nostálgico que não se admite mais em nenhuma atividade laborativa, mas, simplesmente, querer escamotear a verdade.

Por uma questão de justiça, não se pode omitir o fato de ser o paciente hoje em dia bastante conscientizado para movimentos dessa natureza, a ponto de não apenas entender o processo, mas, ainda, de apoiar e incentivar, mesmo com o seu sacrifício, pois ele entendeu que esse é o único caminho para conquistar uma melhor assistência.

Mas será que na atividade médica apenas as urgências e emergências devem merecer medidas de proteção, como meios indispensáveis e imperativos de funcionamento? E como ficam, por exemplo, as atividades inadiáveis e intransferíveis dos IMLs?

Acreditamos que no exercício da medicina devem ser consideradas atividades essenciais não só a prestação de assistência médica nos setores de urgência e emergência, mas, também, outros instantes de atendimento indispensável, capazes de evitar danos irreparáveis e males irreversíveis ao paciente.

Em princípio, não somos contra a greve nos serviços médico-legais, principalmente quando tal fato venha a constituir-se no derradeiro instrumento de reivindicação, depois de exauridos todos os meios de diálogo e de negociação. Todavia, não se pode deixar de levar em conta certos cuidados, a fim de evitar danos ou situações incontornáveis, notadamente em casos de avaliação imediata ou em acontecimentos que possam criar sérios mal-estares às vítimas, aos seus familiares e à sociedade.

Não há como justificar, *verbi gratia*, a omissão de um legista, mesmo em greve, diante de uma lesão ou de uma perturbação de caráter transeunte, cuja falta de registro redundasse em insanável prejuízo para a vítima. Não há justificativa para deixar-se de proceder a uma necropsia de morte violenta, concorrendo para que o cadáver seja inumado sem a causa da morte, usando-se os indefectíveis diagnósticos de “causa indeterminada”, vindo a ser exumado posteriormente, sujeito às restrições e aos enganos que permitem os fenômenos *post mortem* e às inconveniências da mais repulsiva de todas as perícias.

Recomenda-se, por isso, a liberação dos cadáveres e a expedição dos atestados de óbito, com seus respectivos diagnósticos de *causa mortis*. Ninguém pode tolerar uma greve alimentada na insensibilidade e na indiferença, intransigentemente refratária aos princípios da adequação social. Nesse momento tão pungente na vida de uma família – quando tudo é desespero e desalento –, o respeito à dor alheia é de tal magnitude que a intuição humana criou regras de conduta que impedem crueldades inúteis, permitindo que se ocultem seus mortos nas cavas silenciosas da inércia. E mais: o abandono de um cadáver é injusto e indefensável, em razão de gerar outros muitos e infintos abandonos que pedem rever e desfazer. O da criança, por exemplo, é o mais medonho e o mais triste porque tem clamores que atingem o mais distante dos distantes e o mais indiferente dos indiferentes, ofendendo a razão e o sentimento.

Os laboratórios dos serviços médico-legais, por sua vez, devem acatar o material de exame que recolherem ou lhes for encaminhado e, nos casos que possa ser conservado, que se o faça. Quando não for possível preservá-lo, o exame deve ser realizado, mesmo que não se venha a expedir o competente relatório, pois esse material, na maioria das vezes de valor probante incalculável, não pode ser substituído, pela sua restrita e imperiosa exclusividade. Embora com atividades de características não tanto semelhantes aos laboratórios, o pessoal do setor de radiologia desses serviços pode haver-se pelo mesmo raciocínio.

Tais procedimentos estão fundados no fato de considerarmos parte das tarefas dos IMLs como atividades essenciais no atendimento das necessidades inadiáveis da população. E a sua paralisação

radical, um abuso do direito de greve.

### **3.11. AUDITORIA MÉDICA**

Nada mais complexo que determinar a qualidade do atendimento médico, principalmente quando não há idoneidade de interesses ou critérios. Racionalizar a assistência médico-hospitalar, através de Auditorias criadas dentro de um amontoado de distorções como no antigo Plano CONASP, notadamente no que diz respeito à implantação do sistema AIH, desvirtua qualquer que seja seu sentido. No fundo, essa auditoragem tem como propósito o barateamento dos custos médicos e a institucionalização de uma medicina de péssimo padrão, para justificar a solução de uma crise, em que a assistência médica não contribui para a desastrosa falência previdenciária.

A Auditoria, tal qual foi instituída, não traz o caráter de subsidiar um melhor rendimento assistencial nem apoiar pedagogicamente as equipes de saúde. É uma disfarçada coação, um policiamento ostensivo e um desrespeito ao trabalho médico.

A própria expressão “auditoria”, incluída num contexto médico-profissional, que se apresenta em grande parte, pela abnegação e pelo despreendimento ao paciente, já é um insulto. Sem mencionar a discutível capacidade dos auditores, cujos critérios de seleção nem sempre passam pela qualidade, mas por valores estabelecidos pelos simpatizantes do partido oficial ou pelos ditames proclamados pela decantada tecnoburocracia estatal.

A análise do auditor sobre o prontuário, o descumprimento da prescrição, as anotações sobre exames solicitados, as críticas às técnicas cirúrgicas realizadas, às dietas especiais, ao internamento e à alta, e a alteração do tratamento e do atendimento ao doente são interferências descabidas e afrontosas à dignidade profissional e à autonomia técnica e científica de cada médico, que a tradição consagrou de forma irretrucável. Ainda mais quando se sabe que o auditor nem sempre é o profissional adequado à especialidade aferida.

Para que um serviço alcance um bom padrão técnico necessita, antes de tudo, da consciência que representa o trabalho de cada um e o seu sentido na exaltação cada vez maior do nível assistencial em favor da saúde do povo, de uma estrutura que permita a honesta execução do ato médico e do adequado número de exames complementares. Tudo isso analisado à luz da discussão de casos, em que cada situação é estudada no seu mais elevado sentido. Não passa, pois, necessariamente, pelo crivo da fiscalização ostensiva e do barateamento de custos, tentando projetar o bom padrão assistencial apenas em tempo de permanência, taxa de ocupação hospitalar, número de internações, movimentos estatísticos de cirurgias e relação exame complementar/paciente assistido, como quem simplesmente manipula uma empresa geradora de lucros, imbuída da pior mentalidade empresarial.

### **3.12. JUNTA MÉDICA**

A Junta Médica, quando no interesse da administração pública, prende-se a avaliar as condições físicas e psíquicas dos funcionários na sua admissão, retorno ao trabalho, afastamento para tratamento ou aposentadoria. No Serviço Público Federal sua composição, atribuição e características são definidas em lei, decreto, regulamento, resolução ou orientação normativa. A Orientação Normativa n.º 41 do Departamento de Recursos Humanos/SAF (Secretaria de Administração Federal) estabelece: “Compete aos dirigentes de pessoal dos órgãos da administração direta, das autarquias e das fundações federais a designação de juntas médicas oficiais, compostas de 3 (três) membros”. Para alguns pode a Junta ser

constituída por dois membros, mas corre-se o risco de haver a necessidade de desempate.

O ideal seria que elas fossem constituídas por especialistas caso a caso. Contudo, como isso é impossível, tendo o médico competência legal para exercer a medicina em sua amplitude, pode ele ser de uma especialidade mais próxima possível do que avalia, e, quando for necessário, pode se socorrer de atestados ou laudos de especialistas para esclarecer diagnóstico ou fundamentar suas conclusões. Assim estabelece a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957: “Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diploma, certificados ou cartas no Ministério da Educação, e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade”.

Por analogia, pode-se dizer que o médico não pode participar de uma Junta que examine seu próprio paciente, pessoas da família ou de alguém com o qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho (CEM, artigo 93).

No que diz respeito aos atestados às Juntas Médicas, o Parecer-Consulta CFM n.º 01/2002 diz: “A Junta Médica pode e deve, quando em situações de conflito entre o atestado médico emitido pelo médico assistente e o observado pela própria Junta, no exame físico e na análise dos exames complementares do periciado, recusar ou homologar o entendimento semelhante ou diverso do médico assistente, atendendo ao previsto nas diretrizes recomendadas em consenso das Sociedades de Especialidades”.

Dentistas ou outros profissionais de saúde não podem fazer parte de junta médica, exceto quando convidados ou designados para opinar em assuntos de sua competência, diz o Parecer Consulta CFM n.º 34, de 12.07.2002.

### **3.13. DIREITO DE INTERNAR E ATENDER**

Tem o médico o direito de internar e atender seus pacientes em hospitais da rede pública ou privada, quando não pertença ao seu Corpo Clínico?

Acima da discussão se tem ou não o médico tal direito, um fato é indiscutível: o hospital existe, antes de mais nada, para servir aos pacientes e à comunidade, por necessidade pública e por interesse social.

Ao se negar tal direito, além de se efetivar uma prática de concorrência desleal por inspiração de um monopólio de trabalho nas mãos de poucos profissionais, deixa-se a comunidade sem outras opções. Com mais razão se na localidade existe apenas um único hospital, ou um hospital que, para determinadas situações, oferece melhores condições de atendimento.

É ainda princípio constitucional que o uso da propriedade deve propiciar o bem comum, admitindo-se até a desapropriação “por interesse social” como forma de colocar os bens e serviços à disposição de todos.

Assim, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM n.º 1.231/1986, assegura a todo médico, no correto e efetivo exercício da profissão, a prerrogativa de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte do seu Corpo Clínico, ficando, no entanto, o médico e o paciente sujeitos às normas administrativas e técnicas do hospital. O mesmo assegura o Código de Ética Médica, no item VI do Capítulo “Direitos do Médico”: Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

Isso se justifica porque o médico, para desempenhar suas atividades, necessita de certos meios que só o hospital pode oferecer, sendo que a alegação de não pertencer ao Corpo Clínico representa uma

afronta aos ditames da lei e da moral médica. Principalmente quando na localidade só existe um único hospital.

Qualquer propriedade, seja pública ou privada, deve atender às suas finalidades, pois pesa sobre ela uma hipoteca social.

É muito difícil hoje falar-se de direito exclusivo de posse, abstraído dos interesses de ordem pública e social. Isto não subverte o sentido de propriedade privada, não desmoraliza os critérios do Corpo Clínico, não privilegia o corporativismo médico, não fustiga os postulados éticos da profissão e muito menos humilha quem quer que seja.

### **3.14. O CÓDIGO DO CONSUMIDOR E O EXERCÍCIO DA MEDICINA**

Se aplicado nos limites da justiça e do equilíbrio, o Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990) será a maior contribuição jurídica dos últimos 50 anos em nosso país, principalmente no que esse diploma traz sobre a assistência médica, com destaque na relação entre o profissional e o consumidor desta área. Primeiro, pelo cuidado de não tratar a saúde como uma atividade estritamente comercial. Depois, pela importância que o Código representa como instrumento de moderação e disciplina nas relações de consumo entre o prestador de serviços e o usuário. E, ainda, por revelar-se como uma garantia e um complemento de ordem constitucional (“O Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor” – Artigo 5.º, XXXII, da Constituição Federal), diante da vulnerabilidade da população no mercado de consumo.

Na linguagem deste Código, o paciente é o consumidor para quem se presta um serviço; o médico, o fornecedor que desenvolve atividades de prestação de serviços; e o ato médico, uma atividade mediante remuneração a pessoas físicas ou jurídicas sem vínculo empregatício.

Dizer que este Código do Consumidor é uma intervenção indevida do poder público nas relações de consumo, notadamente no que se refere às ações de saúde, é um equívoco, porque o dever do Estado na garantia dos direitos sociais implica necessariamente a ruptura com a política social restritiva, em busca da universalização da cidadania. Se o Estado fica apenas exercendo a simples função bancária de compra de serviços, dificilmente teremos o controle da estrutura de proteção dos bens públicos. O entendimento atual é que a saúde é uma função pública, de caráter social, que se exerce para garantir o direito universal e equitativo de acesso aos serviços em seus diversos níveis. E mais: é preciso rever o conceito de cidadania. Ele não pode ser entendido apenas no seu aspecto jurídico-civil, senão, ainda, nas garantias sociais, corolário de uma efetiva prática democrática. E o setor saúde ganha uma certa magnitude em face de sua abrangência social, a partir do pacto entre o Governo e a Sociedade, com vistas às melhores condições de vida da população.

A maior inovação, no nosso entender, está no artigo 6.º, VIII, do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CPDC), quando estatui que são direitos básicos do consumidor “a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência”.

Como se sabe, era princípio consagrado do Direito pertencer o ônus da prova a quem alegasse, inclusive respaldado no Código de Processo Civil, que reza claramente caber o ônus probatório ao autor. Assim, tal regra garantia que, sendo negado pelo autor e não provados os fatos, fosse a ação julgada improcedente. Hoje, se um paciente alega um erro médico, a responsabilidade da prova para defender-se pode ser do facultativo, se for considerado difícil o usuário pré-constituir prova sobre seus direitos, até

porque ele, no momento da relação, está em sua boa-fé, além dos imagináveis obstáculos para obter material probante.

A possibilidade da inversão do ônus da prova, diante de fatos verossímeis ou quando o consumidor for hipossuficiente, facilita a defesa dos seus direitos, cabendo ao prestador-réu provar que a alegação não é verdadeira. O sentido dessa inversão é equilibrar as partes na demanda judicial, sempre que o consumidor for economicamente insuficiente ou quando a alegação for verdadeira ou cuja presunção permitir ao juiz formar sua livre convicção.

### **3.14.1. A responsabilidade civil do médico**

A responsabilidade civil do médico (Código Civil, artigo 951), na qualidade de profissional liberal, consoante o que dispõe o artigo 14, § 4.º, do CPDC, será apurada mediante verificação da culpa. Isto é, será avaliada de acordo com o maior ou menor grau de previsibilidade de dano. Ainda: o médico, nas relações de consumo com seus clientes, não está obrigado a um resultado, pois entre eles existe um contrato de meios e não de fins. Seu compromisso é utilizar todos os meios e esgotar as diligências ordinariamente exercidas. Em suma: usar de prudência e diligenciar normalmente a prestação do serviço. Haverá inadimplência se a atividade for exercida de forma irregular, atípica ou imprudente, e, se na prestação do serviço venha ocorrer um acidente de consumo, o médico terá sua responsabilidade civil apurada dentro dos limites da má prática. Discute tal conceito, no que se refere aos contratos de meios ou de resultados, na anestesiologia, na cirurgia plástica, na radiologia e na patologia clínica.

Quando se tratar de assistência médica prestada pelo hospital, como fornecedor de serviços, a apuração da responsabilidade independe da existência de culpa (princípio da responsabilidade sem culpa). Basta o nexu causal e o dano sofrido. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência da culpa, pela reparação do dano causado aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre a fruição e riscos (artigo 14, *caput*, do CPDC). A não ser que exista culpa exclusiva do consumidor ou de terceiros não prepostos, representantes ou empregados do fornecedor ou prestador de serviços. Nesse particular, só há culpa *in eligendo* ou *in vigilando*. O terceiro de que trata a presente lei é aquele sem qualquer relação jurídica com o fornecedor. No que diz respeito aos médicos que tenham vínculo empregatício com pessoas jurídicas de direito público ou privado, a exemplo das clínicas e hospitais, a reparação civil por dano culposos será arguida dos respectivos estabelecimentos de saúde (CC, artigo 1.521, III), combinado com os artigos 3.º e 14 do CPDC. Ainda assim, terão as empresas médicas direito de regresso, conforme estabelecem as Súmulas 187 e 188 do STF. Sobre o assunto, reporta-se Antonio Herman de Vasconcelos Benjamin: “O Código é claro ao asseverar que só para a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais é que se utiliza o sistema alicerçado em culpa. Logo, se o médico trabalha em hospital, responderá apenas por culpa, enquanto a responsabilidade do hospital será apreciada objetivamente” (*Comentários ao Código do Consumidor*, São Paulo: Saraiva, 1991, p. 80).

Destarte, fica bem claro que só para a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais é que se utiliza o sistema fundado na culpa, enquanto a responsabilidade civil das empresas seria avaliada pela teoria objetiva do risco, tendo no montante do dano o seu elemento de arbitragem.

Ao contrário do Código de Processo Civil, a ação pode ser proposta no domicílio do autor (artigo 101, I, do CPDC). A responsabilidade pelo serviço defeituoso está submetida ao prazo de prescrição de cinco anos, contado da data do conhecimento do dano e de sua autoria (artigo 27 do CPDC). Passado esse prazo, perde-se o direito de acionamento judicial.

Outra coisa: o dano sofrido pelo consumidor pode também levar o profissional médico a responder por uma reparação por dano moral. O artigo 6.º, VI, do Código do Consumidor, diz que é direito básico do consumidor “a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos”.

### **3.14.2. O ato médico como prática abusiva**

Considera-se prática abusiva na relação de consumo aquela que extrapola a normalidade no exercício da prestação de serviço entre o fornecedor e o consumidor. É princípio constitucional que “as normas legais sejam formuladas de forma clara e precisa, permitindo que seus destinatários possam prever e avaliar as consequências jurídicas de seus atos”, e que “ninguém será obrigado a fazer alguma coisa senão em virtude da lei”.

O Código de Proteção e Defesa do Consumidor, em seu artigo 39, VI, veda ao prestador de serviços “executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvados os decorrentes de práticas anteriores entre as partes”, e o artigo 40 afirma que “o fornecedor de serviços será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio discriminando o valor da mão de obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços”.

É evidente que o início e o término da prestação de serviços não podem ser cogitados numa atividade tão imprevisível como a medicina. Todavia, no que se refere aos outros aspectos, alguns profissionais começam a manifestar preocupação por determinadas características eminentemente mercantis e que não podem existir na relação entre o médico e o paciente. No tocante à prévia elaboração de orçamento, não há o que estranhar, pois o próprio Código de Ética Médica, em seu artigo 90, diz textualmente que é vedado ao médico “deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitados”. Caso venha o profissional executar serviços sem a elaboração orçamentária e autorização expressa ou tácita do usuário, em casos de não urgência ou emergência, tal descumprimento infringe o disposto nos artigos 56, I, e 57 do Código do Consumidor, cuja pena é de multa, nunca inferior a trezentos e não superior a três milhões de vezes o valor do Bônus do Tesouro Nacional (BTN), ou índice equivalente que venha substituir, variando de acordo com a maior ou menor gravidade da infração, com a vantagem auferida pelo prestador de serviços e com a sua condição econômica. Tudo isso mediante procedimento administrativo nos termos da lei, revertendo para o Fundo que trata a Lei n.º 7.347, de 24 de julho de 1985.

Além de multa, estão previstas nos artigos 56 e 59 do Código do Consumidor: cassação da licença do estabelecimento ou das atividades de pessoas físicas ou jurídicas que necessitem de licença através de alvará de localização ou licença da Secretaria de Saúde; intervenção administrativa com nomeação de interventores ou através de ordem da administração pública; suspensão temporária da atividade de fornecedor ou prestador de serviços; imposição de contrapropaganda; suspensão de permissão de concessionário do serviço público; interdição total ou parcial de estabelecimento ou de atividade, quando houver maior gravidade e reincidência do prestador de serviços. As sanções relacionadas serão aplicadas pela autoridade administrativa, no âmbito de sua atribuição, assegurada ampla defesa.

Pode também o prestador de serviços ser alcançado por responsabilidade penal em infrações previstas e tipificadas no CPDC. A lei que criou este Código arrola pelo menos oito formas de delitos de conduta, até então sem referências nos diplomas jurídicos brasileiros, e que eles podem relacionar o exercício da medicina. Estão descritos como crime, nos artigos 63 e 74, entre outros: a) empregar

produtos ou componentes de reposição usados, sem autorização do usuário; b) fazer publicidade enganosa e abusiva, afirmação falsa, ou omitir informações relevantes sobre a natureza, gravidade e segurança dos serviços prestados; c) fazer ou promover publicidade capaz de induzir o usuário a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança; d) deixar de organizar dados fáticos, técnicos, científicos que dão base à publicidade para melhorar informação dos interessados; e) usar, na cobrança de dívidas, de ameaça, coação, constrangimento físico ou moral ou de qualquer outro procedimento que exponha o consumidor ao ridículo ou ao vexame; f) impedir ou dificultar ao usuário o acesso às informações que sobre ele existam nas fichas e registros; g) deixar de corrigir tais informações por serem inexatas; h) executar serviços de alta periculosidade, contrariando determinação de autoridade competente. As penas por tais infrações são aplicadas sem prejuízo das correspondentes às lesões corporais e à morte, sem o impedimento das ações civis e administrativas e das consequências delas decorrentes.

Levando-se em conta o que dispõe o artigo 106, IX, que faculta a criação e fomentação de entidades de defesa do consumidor pela população e pelos órgãos públicos estaduais e municipais, obviamente maiores serão as reclamações e as demandas de pleitos judiciais e extrajudiciais quanto a possíveis maus resultados atribuídos como erros médicos.

### **3.14.3. Os planos de saúde e as cláusulas abusivas**

Com certeza, a grande batalha a ser travada pelos consumidores no campo da prestação de serviços médicos será no sentido de controlar de vez os planos de saúde, cujas cláusulas contidas nos contratos, em letras microscópicas, são inaceitáveis, não só no que diz respeito às carências, mas, principalmente, as de não obrigação de tratamento de determinadas doenças, como se o paciente pudesse escolher quando e de que viesse adoecer. Até porque o artigo 51 do CPDC assim se expressa: “São nulos de pleno direito, entre outros, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: I – impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos ou serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos”. A expressão “nulos de pleno direito” deixa bem claro que a cláusula do não atendimento a certas enfermidades jamais teve eficácia e sua nulidade retroage ao início do contrato, pois o que é contrário à lei não tem eficácia.

O Conselho Federal de Medicina, preocupado com tal problema, editou a Resolução CFM n.º 1.401, de 11 de novembro de 1993, em que as empresas de seguro de saúde, empresas de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, sem qualquer tipo de restrição quantitativa ou de qualquer natureza.

Enfatiza ainda aquela resolução que deve ser dada ampla e total liberdade de escolha dos meios de diagnóstico e terapêutico pelo médico, justa e digna remuneração profissional e total e absoluta liberdade de escolha do médico pelo paciente, assim como a sua liberdade de escolher o hospital, o laboratório e os demais serviços complementares pelo médico e pelo paciente.

O Decreto proposto pelo Ministério da Saúde segue o mesmo raciocínio da resolução baixada pelo Conselho Federal de Medicina, quando num dos seus dispositivos diz textualmente: “São vedadas cláusulas de exclusão de doenças relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde ou de outra que, embora ainda não constante desse mesmo Código, estejam cientificamente descritas e reconhecidas como tal”.

Por fim, é preciso que se entenda ser a saúde um bem público, inalienável e indivisível. Não pode ser fragmentada, dividida, tratada ocasionalmente ou com restrições, como quem trata de atividades meramente mercantis. É lamentável, sob todos os aspectos, que se configurem, numa relação entre paciente e prestador de serviços, doenças ou perturbações pouco lucrativas ou de atenção demorada e, por isso, fiquem fora da responsabilidade dos planos de saúde. É princípio constitucional “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. As entidades particulares, nesse aspecto, não podem fugir à regra. Têm de submeter-se à universalidade e à equidade do atendimento médico.

As propagandas desses planos de mídia, que não são raras nem módicas, mostram-se generosas e nunca se reportam claramente quanto às suas limitações. Entretanto, basta que se precise deles, para se ter a impressão que não se obrigam a nada. E não se enxerga que nessa espécie de contrato estão inseridos direitos personalíssimos e irrenunciáveis, como o direito à vida, à saúde e à integridade corporal do usuário.

Ao contrário; as cláusulas limitativas e impeditivas do contrato devem ser expressas de forma clara e precisa, em letras garrafais e não microscópicas, evitando termos genéricos, técnicos ou ambíguos, entre eles as chamadas moléstias degenerativas ou crônicas, pois só assim os destinatários podem prever e avaliar as consequências jurídicas dos seus atos.

Por outro lado, deveria existir mais rigor contra a propaganda enganosa e as falsas promessas, principalmente quando isto tem a finalidade de angariar clientela. Deveria haver também na lei do consumidor uma multa em casos de descumprimento do contrato.

Dentro do contexto analisado, essa é a única forma de ajustamento aos princípios constitucionais de um Estado Democrático de Direito, onde a saúde seja um patrimônio público e um bem social e onde certas práticas empresariais não transformem pessoas doentes ou agonizantes em objetos de mercancia, tão ao gosto do apetite do lucro fácil e injusto.

A verdade é que muitas são as empresas de seguro de saúde ou de seguro de vida que escancaram suas portas indistintamente a todas as pessoas, sem nenhuma preocupação com a avaliação prévia, e, depois, quando o aderente vence o prazo da carência e cumpre pontualmente seus pagamentos, e procura o justo benefício, isto lhe é negado, alegando impedimentos, dentre outros, o do chamado “doença preexistente”.

Nem sempre é fácil, mesmo para um paciente de certo grau de instrução, ter consciência exata de uma doença preexistente que lhe possa ter repercussões sérias no futuro e que seja impeditiva de adquirir um plano de saúde ou uma apólice de seguro de vida. No caso em tela foram necessários vários exames, alguns deles sofisticados, além de pareceres de especialistas para que se chegasse a um diagnóstico definitivo sobre o mal que o promovente era portador. Por isso, consideramos para tais fins “doença preexistente” como aquela que é diagnosticada pelo médico ou que se manifesta de forma tão clara que não traga maiores dúvidas de sua existência e de suas repercussões.

Destarte, não é exagero lembrar que todo contrato de seguro, como o de convênio de saúde, não pode nem deve se afastar dos princípios elementares que regulam o regime contratual: *princípio da autonomia da vontade*, *princípio do consensualismo*, *princípio da força obrigatória* e o memorável *princípio da boa-fé*, sem deixar de levar em conta a *transparência das informações* e a *vulnerabilidade do paciente*, sempre hipossuficiente economicamente e menos informado.

A utilização dos contratos de assistência médica vem se propagando de forma vertiginosa, trazendo na sua esteira um número impressionante de questionamentos nos aspectos dos interesses, não tanto da área dos profissionais médicos, mas sobretudo da relação entre o usuário e a administração dos planos

de saúde. Basta ver o número de contestações que se avolumam mais e mais na Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor, nos Juizados Especiais de Pequenas Causas e nas Varas Especializadas, a despeito da existência entre nós do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990).

Assim, o que tem saltado à vista em certos planos de saúde é a informação velada, as cláusulas leoninas e a recusa na prestação de procedimentos mais onerosos. O que pensar, por exemplo, de uma instituição prestadora de serviços médicos que escancara suas portas indistintamente a todas as pessoas, sem nenhuma preocupação com a avaliação prévia, e, depois, quando o aderente vence o prazo da carência com os pagamentos pontuais e procura o atendimento, lhe é negado, alegando-se um impedimento existente à época da celebração do contrato?

A empresa que explora plano de seguro-saúde e aceita contribuições de associado sem submetê-lo a exame prévio não pode escusar-se ao pagamento de sua contraprestação, alegando omissão nas informações do segurado. Assim foi entendido no Recurso Especial n.º 86.095-SP, Registro n.º 96.0003009-0, relator Min. Ruy Rosado de Aguiar.

Algumas vezes nem se leva em conta a boa-fé do paciente. Nem se considera a possibilidade de o mesmo desconhecer seu real estado de saúde quando aderiu ao plano assistencial. Se para um médico, mesmo para o especialista, é impossível assegurar, com uma margem permissiva de segurança, o dia em que alguém foi acometido de uma doença de caráter metabólico, por exemplo, sujeita aos impulsos indecifráveis da constituição de cada um, muito mais o é para um paciente de modesta compreensão e inteiramente leigo em questões de patologias.

Acresça-se a isso o fato de o paciente não ter obrigação de entender certas particularidades ligadas às doenças. Não tem o dever de saber se são portadoras de tal ou qual enfermidade, nem muito menos quando elas tiveram seu início ou se são ou não patologias com indicação cirúrgica. Essa tarefa é própria dos médicos. E sabe Deus o quanto isso às vezes é difícil.

Deveria existir de forma compulsiva a exigência de uma avaliação clínica pré-admissional aos planos de saúde e seguro de vida para evitar o desconforto de tantas e desnecessárias lides.

### **3.15. O MÉDICO E O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Grandes são os desafios e as perspectivas que se abrem com a edição da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, dispendo sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Certamente, será mais uma forma de estimular a consciência nacional na direção de garantir o exercício da cidadania de dois segmentos tão importantes da sociedade.

As normas constitutivas deste Estatuto não devem significar apenas mais um efeito publicitário do governo, mas um instrumento com que a comunidade ou os grupos sociais organizados vão contar para denunciar e lutar contra os horrores dos dramas e das aflições que flagelam tão impiedosamente as camadas mais desarrimadas da população brasileira, tendo na infância e na juventude os seus reflexos mais cruéis.

A Constituição Federal, em seu artigo 227, já chamava a atenção que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

O Capítulo I do Título II do Estatuto da Criança e do Adolescente trata da relação dos profissionais

de saúde com as políticas sociais públicas que favorecem os menores, desde a assistência pré e perinatal das gestantes no Sistema Único de Saúde, até as condições dignas da existência de cada criança e de cada jovem. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da gestante, sejam públicos ou privados, são obrigados a manter o registro das atividades desenvolvidas, por meio de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; a identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão digital ou plantar a impressão digital da mãe, sem prejuízo de outros procedimentos recomendados pela autoridade administrativa competente; a proceder a exames visando ao diagnóstico e ao tratamento de anormalidade do metabolismo do recém-nato, bem como a prestar orientação aos pais; a fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do recém-nascido; e a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Caso o responsável ou dirigente do serviço não mantiver o registro das atividades desenvolvidas ou não emitir a declaração de nascimento com as especificações citadas, ou se o médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de saúde não identificar corretamente o neonato e a parturiente, por ocasião do parto, poderá ser punido com a pena de detenção de seis meses a dois anos, em ação pública incondicionada, pregam os artigos 227, 228 e 229 daquele Estatuto.

Diz ainda o seu artigo 245 que será punido o médico de estabelecimento de ensino fundamental, pré-escola ou creche que não comunicar à autoridade competente os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, com pena de multa no valor de três a vinte salários de referência, aplicando o dobro em caso de reincidência.

O Estatuto ainda assegura à criança e ao adolescente o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prestação e recuperação da saúde, através do SUS, sendo que os portadores de deficiência deverão receber atendimento especializado. O Poder Público está obrigado a fornecer gratuitamente os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação e reabilitação.

Os estabelecimentos de atenção à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação da criança ou do adolescente. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção de enfermidades que afetam a população infantil e promoverá outrossim campanhas de educação sanitária para pais, mestres e alunos, obrigando-se à vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.

Tudo isto está na lei. Esperamos que se concretize na prática.

### **3.16. O MÉDICO E O MEIO AMBIENTE**

O Código de Ética Médica vigente foi elaborado depois de demorada discussão com a categoria médica e depois de ouvir outras categorias de saúde, os segmentos organizados da sociedade civil. Por isso, esse Código, além de representar um instrumento valioso, no sentido de indicar os caminhos do médico na sua forma de se conduzir profissionalmente, significa também um compromisso político dos profissionais da medicina com o conjunto da sociedade, com o indivíduo e com o seu meio ambiente.

Por incrível que pareça, é neste instante de maior progresso científico e tecnológico que despontam os mais desafiadores problemas de ordem social, moral e econômica, capazes de golpear fundamente a consciência do observador menos atento.

Criam-se metrópoles de aço e concreto, verticais e desumanas, de árvores cor de chumbo e céu

escurecido por uma atmosfera de fumo e pó. Investem-se nos mais sofisticados meios utilitaristas que essa tecnologia pode oferecer, e o homem continua mais triste e mais desolado. Há uma solidão e uma angústia em cada esquina. São cidades mortas, sem esperança e sem ilusão – cidades de homens taciturnos e solitários, apressados em chegar como se tivessem um destino, sujeitos a renunciar a tudo quanto o progresso lhes empresta pelo lirismo e pelo colorido singelo de quem habita uma beira de praia remota ou uma vertente de um vale, longe da visão dos monumentos, mas pensando em criar uma eternidade.

### **3.16.1. O direito à sanidade**

O primeiro aspecto a ser considerado na concessão ao meio ambiente é o direito à sanidade.

O Código de Ética Médica de 2009 irrompe a marcha de seus dispositivos, no Capítulo dos “Princípios Fundamentais”, afirmando dogmaticamente que “a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”.

Esta postura avançada do Código – que não se restringe ao tratamento das doenças, mas investe no reencontro do médico com uma proposta capaz de favorecer “a saúde do ser humano” – é significativa e inovadora, na medida em que o compromisso do profissional não se detém apenas no plano curativo, senão promovendo, na integralidade do contexto social, o bem-estar geral da coletividade. Ou seja, seu compromisso não é pelo fato de ele ser apenas um doente, e sim pela condição de ser humano, e como tal, sem qualquer diferença, tem direito a um padrão de vida e de saúde que lhe assegure as condições mínimas de sobrevivência e de dignidade. E é nesse mínimo que não pode existir discriminação. Não se trata de supérfluo, pois isto é privilégio e não direito.

Por outro lado, deve-se entender que a saúde da população é uma resultante de dois fatores condicionantes: o tipo e o nível de vida e a organização dos serviços assistenciais que lhe são oferecidos. Hoje, o conceito de saúde-doença mudou. Não tem mais uma única causa – puramente médica, iniciada com a descoberta dos agentes patógenos. Mas um enfoque multicausal que considera o processo como uma relação entre o indivíduo e o seu meio ambiente.

À medida que crescem as esperanças na técnica e nas ciências médicas, possibilitando uma maior disponibilidade na salvaguarda dos interesses coletivos, o desempenho de certas atividades deixa de ser um assunto estritamente privado, para constituir um fato de interesse coletivo, regulado por normas e princípios ditados pelo Poder Público. É falsa a afirmação de que o direito à sanidade não implica o dever do Estado, mas exclusivamente da sociedade. O dever do Estado na garantia dos direitos sociais vem implicar necessariamente a ruptura com a política social restritiva, em busca da universalização da cidadania. Se o Estado ficar apenas exercendo a função bancária de compra de serviços, dificilmente teremos o controle das estruturas de proteção dos bens públicos. A equitativa e universal prestação de cuidados preventivos, curativos e de recuperação da sanidade da população é uma questão de justiça social, que hoje não pode deixar de ser considerada como direito fundamental da pessoa humana e como dever do Estado.

A redefinição do papel político da sanidade, como um direito de cidadania e um dever do Estado, é um fato novo, decorrente das lutas dos movimentos sociais. Desse modo, para qualquer cogitação de oferecer solução para elevar o nível de saúde da população, deve-se levar em conta que o problema é essencialmente social, e que não pode ser resolvido simplesmente com manobras falsamente paternalistas. A saúde se distribui, social e geograficamente, com a renda. A redistribuição da saúde implica a redistribuição da renda, como afirmava Carlos Gentile de Mello.

O item II dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica referido diz 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”.

Deixa claro o aludido dispositivo que o ato médico deve ser entendido como um ato político, exercido de forma consequente, consciente e organizada, com recursos que tenham como meta a saúde do ser humano e da coletividade, porque a saúde ou a doença, como fenômenos sociais, exigem uma intervenção inteligente e programada dirigida para o bem comum. A doença não é um fato isolado, nem o médico deve permanecer sempre no epicentro das eclosões nosológicas, mas também na periferia das causas morbígenas. Ele tem que ampliar sua capacidade sobre o meio. Tem de reduzir seu poder asfixiante sobre o indivíduo e lançar-se às mudanças das relações sociais.

No Capítulo dos “Direitos Humanos”, reza o artigo 23 que é vedado ao médico “tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto”. Acreditamos que o Código tem, neste Capítulo, o seu mais distinguido avanço e a melhor proteção da cidadania, que fazem dele um instrumento de conquista democrática. Colocar o médico como profissional incorporado às necessidades sociais e políticas da população é também outro reconhecimento desses direitos inalienáveis do ser humano. Este é o sentido mais eloquente. Ao tratar dos direitos humanos, ele busca reencontrar a dignidade do médico, do seu paciente e da sociedade.

No entanto, esses direitos, mesmo sendo declarados em termos individuais, não devem ser vistos como privilégios do cidadão isoladamente considerado, pois as sociedades, ainda que desarmônicas, são formadas de individualidades. Por isso, os direitos humanos, mesmo sendo considerados como prerrogativas individuais, devem ser analisados no sentido coletivo de transformar e avançar a sociedade no seu tempo e na sua realidade. Mesmo porque os direitos humanos não são invocados em favor desse ou daquele indivíduo, mas em favor de todos eles. Seu rumo é na direção do respeito aos direitos consagrados a cada homem e a cada mulher, mas também no propósito de criar-se uma sociedade solidária e justa, que represente o fim de todas as desigualdades.

O papel do médico é fundamental na efetivação do exercício de cada cidadania, pois, quando seu trabalho não está sintonizado em favor do indivíduo e do bem comum, ele se transforma num elemento de pressão, capaz de influenciar negativamente a vida e a saúde das pessoas e da coletividade. Infelizmente, tem faltado ao médico não a urbanidade no trato com seus doentes, mas a consciência da dimensão de suas atividades como vetor de fomentação do bem coletivo e a noção de que, entre as possibilidades da ciência e o bem-estar real, existe um abismo largo e profundo. É preciso também que os médicos ajudem a sociedade a lutar cada vez mais por melhores níveis de vida, pois essas questões ligadas ao direito e à sanidade não podem ficar exclusivamente nas mãos dos técnicos.

### **3.16.2. O direito ao meio ambiente saudável**

Outro aspecto a ser considerado na concessão ao meio ambiente é o direito de conviver em lugares ecologicamente equilibrados.

Este requisito tão essencial – o de viver em ambientes saudáveis, livres dos fatores nocivos à saúde e protegidos os seus recursos naturais e culturais – não deve ser apenas um princípio meramente constitucional (“Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo para as presentes e futuras gerações” – Artigo 225, *caput*, da Constituição Federal de 1988), mas um imperativo consagrado na proteção inalienável do meio em que se vive, principalmente, quando a

humanidade já se vê ameaçada da própria existência.

Considerando-se o médico como agente de saúde indispensável, sabendo-se do valor da relação do homem com a natureza e conhecendo-se a importância da qualidade do ambiente como gerador de doenças, não se pode ficar indiferente a uma estratégia que defenda a saúde do trabalhador a partir do próprio local de trabalho. Não é exagerado falar-se de “saúde do trabalhador”, hoje ainda muito limitada ao ambiente fabril, mas que necessita de uma abordagem mais séria no seu aspecto cultural e socioeconômico, condicionando melhores níveis de vida e de saúde em favor da classe obreira. Mesmo que o problema da poluição afete primeiramente o trabalhador em seu local de trabalho, a verdade é que esse fato compromete também a comunidade e, por essa razão, não poderia deixar de merecer, pelos tantos que redigiram este Código, maior preocupação e normas tão adequadas.

Outra coisa: a sociedade não deve incentivar o trabalhador na troca de sua saúde pelo pagamento de percentuais de insalubridade e periculosidade, como alternativa mais barata e que isenta o patronato insensível de maiores investimentos na melhoria das condições ambientais do trabalho. Essa premiação do risco é criminosa e lesiva aos interesses coletivos. Por isso, é importante que se incentivem as informações aos trabalhadores por profissionais de saúde sobre as condições de trabalho, sobre as doenças mais comuns e sobre o controle do risco de cada setor laboral.

Mesmo sabendo-se que, pela legislação específica, é atribuição dos fiscais do Ministério do Trabalho, dos membros das Comissões Internas de Proteção de Acidentes, do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho e das lideranças dos trabalhadores sindicalizados, o Código de Ética dos médicos não poderia deixar de punir a falta de esclarecimentos aos trabalhadores sobre riscos de vida e de saúde e de denunciar esses fatos às autoridades competentes, inclusive aos Conselhos Regionais de Medicina de sua jurisdição. Não se pode conceber que as propostas em defesa do meio ambiente não estejam interligadas ao setor de saúde no seu todo, no que se refere a seus planos, programas, atividades e serviços voltados para os cuidados dos locais de trabalho.

Os citados dispositivos deixam claras as preocupações no Código com a saúde integral da sociedade e com as formas de luta em favor da criação ou da manutenção das condições saudáveis de vida. E não apenas na sua vocação histórica de tratar seus pacientes como pessoas isoladas, mesmo que isso não constitua nenhum menosprezo a cada indivíduo, pelo que ele representa na textura social.

Infelizmente muitos não consideram ainda a relevante contribuição do médico como agente fomentador da saúde e, por conseguinte, do bem-estar social. Há aqueles que acreditam caber ao médico apenas o ato de “medicalizar” o paciente e lavar as mãos, indiferente a tudo que possa ocorrer numa desastrosa política de saúde que não atende às necessidades básicas das pessoas. Ou vê-las voltar a conviver com os mesmos fatores morbígenos causadores de suas doenças, quase todas evitáveis. Se a saúde dos indivíduos e da coletividade e as condições do meio ambiente não formam um problema mais próximo do médico, não se sabe, afinal, qual é a sua participação num sistema integrado e universalizado de saúde. Assim, o médico não deve ficar apenas no exercício da atividade curativa e na organização dos serviços assistenciais, senão, ainda, assumir parte da responsabilidade na questão da saúde pública, da educação sanitária e da luta pela melhoria das condições de vida e de saúde coletivas. O médico não deve considerar a doença como um resultado da fatalidade.

Destarte, o médico inserido numa proposta política de reforma sanitária, por meio de ações organizadas de saúde, não pode deixar de colaborar com aqueles que planejam, organizam e executam os planos de saúde pública, pois essa é a forma mais racional de alcançar melhores resultados nesses programas.

Sendo o médico conhecedor das determinantes sociais do processo doença-saúde, que tem como

causa fatores resultantes das condições de alimentação, habitação, renda, educação, emprego, lazer, transporte, organização dos serviços de saúde e cuidados com o meio ambiental, não é exagero dizer o valor de que se reveste tais preocupações no Código de Ética Médica.

Os poluidores e deterioradores do meio ambiente não existem apenas nos locais de trabalho. Eles já atingem graus insuportáveis em todos os lugares, e poucas são as providências tomadas a esse respeito. A dicotomia artificial entre ambiente interno e ambiente externo do trabalho tem criado dificuldades e impedido ações efetivas sobre os fatores de poluição.

E mais: dizer que tais fatos não se ajustam à função da medicina é, no mínimo, desconhecer as consequências e os malefícios desses fatores ou relegar a um ponto muito obscuro o papel do médico. Cabe-lhe, pelo menos, denunciar às autoridades competentes essa forma de deterioração no meio ambiente, pelos reais perigos que tais poluidores vêm causando ou que possam causar às condições de vida e de saúde no nosso meio ambiental.

### **3.17. AS COOPERATIVAS MÉDICAS E A DUPLA MILITÂNCIA**

Não temos nenhum entusiasmo nem nenhuma expectativa com os planos de saúde que estão grassando por aí; basta ver como eles responderam às iniciativas contidas na Resolução CFM n.º 1.401/1993 e como disputam o mercado de prestação de assistência médica conveniada.

Nunca acreditamos nas empresas de seguro-saúde, nas empresas de medicina de grupo nem nas cooperativas de trabalho médico como solução para os graves problemas de saúde do povo brasileiro, pois seu alvo primeiro não tem sido a melhoria dos níveis de vida e de saúde dos aderentes aos seus planos, mas as vantagens financeiras do cooperado.

Outro lado discutível das cooperativas médicas, que aparentemente não demonstram interesse de ganho e se autodeterminam como entidade de fins não lucrativos, é o da orientação pelo processo condenável da remuneração por tipos de procedimento, numa filosofia de conflitos, pois, enquanto a cooperativa se empenha e usa expedientes para diminuir os custos, inclusive com o controle dos exames subsidiários, os cooperados buscam produzir mais em face do estímulo do pagamento por tarefa.

Na verdade, todas as formas de exercício profissional liberal privado são livres, desde que não estejam defesas em lei e que ao exercê-las esteja o profissional legalmente habilitado. Assim também é livre o exercício da atividade em cooperativas, até quando essas entidades não afrontem sua própria legislação regulamentadora.

Se o Estatuto de uma cooperativa não fere a Lei Federal n.º 5.764/71, ao excluir cooperado que deixa de atender às suas próprias normas estatutárias, não há por que entender a medida como abusiva ou ilegal.

A determinação que se orienta por não permitir que o cooperado, seja ele pessoa física ou pessoa jurídica, participe de outros planos privados de assistência médica, não quer dizer dominação de mercado, eliminação da concorrência, exercício desleal da profissão ou manobras monopolistas. O que a instituição quer dizer com isso, através do seu Estatuto Social, é que o associado não participe de outras entidades particulares que explorem planos de assistência médica. E isto não está vedado em lei. Assim se pronunciou a Justiça de Caxias do Sul – RS, em sentença confirmada unanimemente pelo Tribunal do Estado do Rio Grande do Sul, julgando a Apelação Cível n.º 594.120.503.

O princípio constitucional de liberdade de trabalho não impede que o grupo cooperado, por vontade própria, decida limitar-se na amplitude do seu exercício profissional como forma de proteção e de fidelidade ao seu próprio patrimônio. Cada um, livremente, ao entrar na cooperativa médica, de forma

consciente, aderiu às normas vigentes que regulam os interesses da entidade.

Os dispositivos do Estatuto Social da UNIMED/PB, por exemplo, não maculam os princípios da Carta Magna. Um deles prevê a eliminação dos quadros da cooperativa quando exercer atividade prejudicial aos seus pares ou praticar atos contrários aos objetivos da cooperativa. Outro aponta que o proprietário, associado ou credenciado, direta ou indiretamente, não pode prestar serviços a pessoas físicas ou jurídicas de qualquer natureza que explorem tal atividade com objetivos econômicos. Isso não apresenta nem de longe qualquer sinal de infringência aos princípios constitucionais.

É muito natural que um conjunto de pessoas, ao formar uma sociedade de qualquer finalidade, estabeleça uma norma interna, com direitos e obrigações, balizada pela necessidade de sobrevivência do grupo e desde que não afrontem as leis vigentes.

Quanto à decantada liberdade de trabalho, não está, pelo menos em nosso entendimento, afrontada. O fato de o Estatuto de uma cooperativa proibir que o cooperado se vincule a outra entidade concorrente não caracteriza desobediência aos princípios constitucionais, pois isso não interfere na limitação do pleno exercício profissional. Apenas o grupo se opõe que um dos seus cooperados participe de outras entidades concorrentes, sem o impedir de se desligar e se filiar a outra empresa de prestação de serviço médico concorrente.

No que se refere aos itens I, II, VII e VIII dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica em vigor, *in verbis*:

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

(...)

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

Não há como vislumbrar qualquer deslize, pois a inclinação desses dispositivos se dá noutra direção, que não é certamente a de incensar privilégios de mercado nem a de proteger interesses inconfessáveis.

No Princípio I do Código de Ética Médica, o que se apregoa solenemente é que a Medicina é um projeto em favor da vida do indivíduo, da coletividade e do meio ambiente, sem ranço de discriminação ou de opinião política. Desse modo, é fácil entender que a Medicina não pode ser confundida como proposta de um corporativismo inconsequente nem pode ela se afastar dos compromissos com o interesse comum, tornando-se uma atividade elitista e caprichosa, favorecendo apenas os grupos mais privilegiados.

No Princípio II, o que se exalta é ser o ato médico mais que um amontoado de regras técnicas. É um ato político, exercido em favor da cidadania. Neste instante, o médico deve entender que a doença não é um fato isolado e que não pode ele permanecer na periferia das eclosões nosológicas. O médico tem de aprender a manifestar sua profunda frustração ante a crescente disparidade entre as possibilidades da sua ciência e o bem-estar real, principalmente daqueles que sofrem a flagelação da injustiça e da iniquidade.

Dizer que o alvo de toda atenção do médico são seus próprios interesses é envilecer a dimensão purificadora deste dispositivo e fazer da nossa profissão uma coisa pobre e mesquinha.

O Princípio VII trata da autonomia e da liberdade do exercício profissional médico. Não como quem toma isso igual a um privilégio de classe, mas como a liberdade e a autonomia de exercer um mister em favor do paciente.

O Princípio VIII quase que repete o anterior, quando afirma que o médico não pode abrir mão de sua independência nem renunciar à sua liberdade, para que isso não se manifeste negativamente na eficácia e na qualidade do serviço prestado.

Portanto, não há como ajustar tais dispositivos ao fato de o médico assumir o compromisso de fidelidade à sua instituição, à qual livremente aderiu depois de conhecer suas regras.

Um médico, ao se incorporar a uma dessas cooperativas de trabalho médico, *sponte sua*, e conhecendo todos os preceitos do seu Estatuto, não pode considerar-se traído caso venha ele ser ameaçado pelo fato de “*exercer qualquer atividade considerada prejudicial à Cooperativa ou que colida com seus objetivos*”.

Dizemos mais: sob o ponto de vista ético, é censurável alguém pertencer ao mesmo tempo a duas entidades não apenas concorrentes, mas que publicamente ou nos bastidores travam uma luta surda e medonha por espaços de mercado, e cujos conflitos ultrapassam os corredores dos hospitais.

Há três princípios que não podem ser esquecidos numa discussão como essa: 1.º) ninguém está obrigado a associar-se ou a permanecer associado a uma instituição de direito privado, cujo ingresso é livre e espontâneo; 2.º) a criação das cooperativas é assegurada por lei e as suas formas de convivência estão ali inseridas; 3.º) ninguém pode refutar aquilo que aceitou livremente.

Finalmente, não constitui infração aos ditames da Ética o fato de uma cooperativa de prestação de serviços médicos desligar de seus quadros um cooperado que exerce, como pessoa física ou jurídica, atividades consideradas prejudiciais ao grupo, desde que tal posição esteja estatutariamente definida. Isso não fere o médico no livre exercício de sua profissão, não lhe retira a autonomia, muito menos lhe impõe restrições ou imposições capazes de influenciar negativamente na eficácia e na correção do seu trabalho. Mas tão só um comportamento normativo, aceito livremente por quem quer continuar integrado na qualidade do cooperado. Esta é uma limitação aceita e aprovada *interna corporis* e que em nada afeta o Código de Ética Médica.

### **3.18. MANAGED CARE**

*Managed care* é um modelo de gerenciamento da saúde, defendido por alguns gestores de ações de saúde apologistas da nova medicina liberal, voltado para usuários, empresas e a população em geral. Tal proposta é defendida como forma de conter os altos gastos da assistência médica e hospitalar e pelo fato, segundo seus ardentes incentivadores, de ter grande sucesso nos países ditos desenvolvidos, notadamente por seus resultados preventivos e seus avanços socioeconômicos.

Lana enfatiza que “tudo isso viria a resultar num sistema híbrido, idealizado como um mecanismo de dispensação de serviços mais justo e equitativo dos recursos alocados à disposição da rubrica gastos com saúde dentro de um orçamento necessariamente limitado”. Tal mecanismo se autodenominou *managed care*, sendo implantado progressivamente, a partir do modelo americano, pelas HMO (*Health Maintenance Organization*) ou medicina de convênio ou pré-paga, como é assim denominado entre nós, parecendo representar uma solução aparentemente viável para reduzir ou minimizar os custos decorrentes da utilização dos serviços sob um prisma mais racional e econômico, sendo capaz de fazer face e

controlar o aumento excessivo da demanda por parte dos usuários. Assim, no modelo proposto, um médico generalista, ao qual seria atribuída uma determinada tarefa em troca de uma remuneração global calculada *per capita* em proporção ao número de pacientes assistidos de determinada área geográfica sob sua supervisão, seria o porteiro (*doorkeeper*) de entrada no sistema, referindo os pacientes para determinados procedimentos clínicos e cirúrgicos ou consultas com especialistas, sempre que indicados segundo seu próprio critério pessoal de avaliação.

Na verdade, o que se propõe é uma transferência substancial da assistência para o médico generalista, proporcionando um maior ganho para os gestores do modelo, pois isso torna pouco oneroso o sistema.

De saída, preocupa-nos a qualidade dos serviços prestados em face da sobrecarga de responsabilidades a um único profissional e o impedimento da livre escolha do médico pelo paciente, o que não deixa de constituir um certo cerceamento da liberdade profissional.

Outro grave risco é a intimidade com capitais privados de procedência mercantilista, o que não deixaria de resultar empresas de finalidade meramente lucrativa, inclusive estimulando a redução de gastos com economia de pessoal, exclusão ao atendimento de patologias crônicas e de risco.

### **3.19. MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

A *medicina baseada em evidências*, segundo seus ardentes defensores, seria a utilização racional e judiciosa da melhor evidência científica disponível para se tomar decisões sobre cuidados aos pacientes. Ou o processo de sempre descobrir, avaliar e encontrar resultados de investigação com base nas decisões clínicas.

Significaria, assim, o emprego do que se depreende melhor nos resultados científicos disponíveis procedentes da pesquisa e da investigação, e não do que possam dispor as teorias fisiopatológicas e a autoridade ou a experiência individual. Uma medicina baseada na análise estatística de efeitos. Em suma, uma *medicina de resultados*.

Da avaliação solitária e subjetiva do clínico passa-se a aceitar apenas, como de reconhecido valor científico, as informações oriundas da pesquisa de cientistas de peso em estudos demorados e em expressivo número de pacientes observados em serviços de excelência.

Algumas vezes até podemos ter dúvidas sobre uma melhor proposta de atenção à saúde diante de certas peculiaridades e contingências. Ou mesmo alguma dificuldade para saber se tanto investimento é justo e imprescindível. Todavia, o que se deve ter em conta é a convicta certeza de estarmos fazendo sempre aquilo que se nos apresenta como melhor e mais adequado ao paciente e que ele esteja recebendo o que é mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias.

Mesmo que a saúde seja aceita e consagrada como um bem social da maior relevância, e que a utilização racional dos recursos que a ela se aplicam seja de imperiosa obrigação, não se pode admitir que a política de assistência à saúde individual ou coletiva seja uma prática voltada apenas para a contenção de gastos, ou, pior ainda, para o lucro desmedido. Não se pode retirar do paciente a melhor assistência dentro do que é disponível, justo e necessário.

No complexo exercício da arte médica há três níveis de incertezas que não podem ser omitidos numa análise como esta. A primeira seria relativa ao próprio paciente, quando se sabe que as pessoas são tão diferentes em seus aspectos físicos e emocionais como desiguais são os seus destinos; depois, as dúvidas que se originam no domínio de tantos meios tecnológicos e condutas recomendadas, algumas vezes até em conflito entre si, parecendo existir não apenas uma medicina, mas muitas; e, por fim, a própria postura do

médico baseada em suas convicções, experiências, cultura e até mesmo nas suas habilidades pessoais (DANTAS, F. Normatizando e normalizando práticas não convencionais: ética e pesquisa num contexto de incerteza, *Méd on-line*, ano II, v. 2, n. 5, jan.-mar. 1999).

Além disso, é evidente que uma boa prática médica sempre será o resultado da experiência, da responsabilidade, da competência e do respeito à dignidade do assistido. Ou seja, aquela na qual se é capaz de tratar as pessoas com respeito, sentimento e eficiência.

Pelo visto, ao se defender a liberdade e a experiência pessoal do médico não se está defendendo as práticas não convencionais, os procedimentos desnecessários, nem muito menos aceitando todas as terapêuticas como efetivas e eficazes.

A facilidade de analisar e utilizar a clínica priorizada em evidências não está ainda na disponibilidade e no domínio de todos os que exercem a medicina. E estas publicações, com raras exceções, são de utilidade discutível na prática clínica do dia a dia. Perde-se muito tempo com consultas, e o resultado, em nível de solução, é até certo ponto desprezível.

Por sua vez, a barreira idiomática no acesso a algumas informações é um fato incontestável, e as limitações de meios e recursos em certas áreas fazem da medicina baseada em evidências uma utopia. As experiências trocadas entre clínicos de mesma área de concentração e que atuam numa mesma realidade têm se mostrado mais proveitosas.

O que se viu nestes últimos anos foi uma verdadeira enxurrada de publicações médicas, algumas em notória contradição, o que torna mais complicada ainda a decisão dos médicos – principalmente dos que estão na ponta do sistema. Isto sem dúvida reflete de forma negativa sobre as ações de saúde, não apenas pelos gastos desnecessários e tempo perdido, mas também pelos prejuízos que podem trazer aos pacientes. Publica-se, no mundo, uma média de 30 mil revistas biomédicas por ano. Se alguém quiser estar em dia com determinados temas mais específicos deverá ler cerca de 300 artigos e 100 editoriais por mês, nas revistas de maior destaque (SILVA, J. J. S. Medicina baseada em evidencia: um desafio permanente, *Revista Hospital Clinico Universidad de Chile*, 2:142-144, 1999).

Por outro lado, no instante em que a medicina baseada em evidências tenta “clicherar” o atendimento baseado unicamente em dados estatísticos, fugindo da avaliação da experiência pessoal e da capacidade de conduta do médico diante de cada caso, ela desfaz o conceito de que “não existem doenças e sim doentes”.

De onde provém o conhecimento médico que se aplica diariamente na prática profissional? Será do que existe na literatura mais sofisticada das revistas do mundo avançado? Certamente, não. É da experiência pessoal do dia a dia, embora isto não queira dizer que sua cultura também deixe de ser da experiência de tantos outros que publicam ou divulgam seus conhecimentos. É fato inegável que o conhecimento está enraizado na experiência pessoal, de acordo com o que se repete na prática diária do médico, sem que isto se constitua numa propriedade intelectual ou que lhe dê sempre o selo da autoridade. E nem sempre as decisões mais acertadas são as dos que possuem maior notoriedade.

O risco da “sacralização” deste novo padrão assistencial e pedagógico de alcançar a verdade absoluta é o de que o modelo de “paradigmas” estabelece que espécie de problemas será estudada, que critérios devem ser usados para avaliar uma solução e que procedimentos experimentais podem ser julgados aceitáveis (KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*, 3. ed., São Paulo: Perspectiva, 1995).

A prática médica sempre será baseada num projeto que alie a arte clínica e o cálculo das probabilidades. Por isso já se disse que a medicina clínica, por mais avançada que venha a ser, será sempre a ciência das probabilidades e a arte das incertezas. Mesmo que uma ou outra evidência seja

expressivamente denunciadora, por mais aparente que seja, não deve ser concluída como “fato”. No entanto, até podemos concordar com as evidências se estas forem dirigidas no sentido de balizar determinadas condutas nos seus aspectos éticos ou deontológicos caracterizadas pela má prática.

É necessário que se entenda que, pelo fato de determinado procedimento ser tecnicamente correto, seja ele de forma absoluta eticamente certo. Assim, o ato médico criterioso pode ser visto por dois aspectos: o do procedimento correto e o da retidão moral (GRACIA, D. Medicina basada en evidencias, *Bioética*, 8. ed., 2000, p. 74-84). Exige-se, portanto, uma análise criteriosa de cada caso, para que as coisas fiquem nos seus devidos lugares: no expresse cumprimento da *lex artis* e no respeito à dignidade de cada pessoa.

Por outro lado, se fizermos uma leitura mais atenta no que se vem publicando em revistas de alto nível e de grande circulação, como *New England Journal of Medicine*, *JAMA* e *British Medical Journal*, entre outras, vamos observar que nos trabalhos ali publicados não existe nenhum critério para fundamentar “evidência”. É também necessário ter tempo para pesquisar na *Internet* e dispor de um acervo regular de revistas especializadas, além do domínio de idiomas estrangeiros. Esta é uma tarefa difícil e trabalhosa.

Toda ciência experimental é um saber dedutivo e não indutivo. Tem uma dedução empírica, nunca é completa e suas conclusões são sempre prováveis. O princípio aristotélico de que as verdades científicas são sempre certas e verdadeiras tende a modificar quando o assunto em discussão é uma ciência indutiva e experimental.

A verdade é que mesmo existindo duas opiniões opostas (*equiprobabilismo*), defendidas por pessoas prudentes e qualificadas, pode qualquer uma delas ser adotada e ser igualmente aceita como certa. Ou, ainda, existir uma opinião defendida por apenas um autor competente e experimentado, e esta conduta ser seguida prudentemente (*laxismo*). Todavia, na lógica da “medicina de resultados”, evidências incompletas e conflitantes, além de aumentarem a incerteza, podem criar mais dúvidas ainda. Na urgência e na emergência isto se verifica com mais razão e com resultados mais graves.

O risco desta nova ordem é fazer acreditar existirem mais evidências do que a medicina realmente possa ter e apresentar. E mais: pode até em determinadas situações retardar o avanço da medicina e promover uma falsa opção aos mais jovens. Estas foram as conclusões de um dos mais importantes criadores deste novo movimento denominado medicina baseada em resultados quando, entre outros, anunciou de público “nunca mais escrever ou atuar em qualquer coisa relacionada à prática clínica baseada em evidências” (SACKETT, D. L. The sins of expertness and a proposal for redemption, *BMJ*, 320:1283, 2000).

Outro risco é o de certos conceitos estarem transformando a medicina numa “sacola de truques” (BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995). Ou o de profissionais jovens aceitarem alguma ideia nova não com a convicção do seu valor científico, mas tão só pela publicação estar em língua estranha ou ser originária de centros tidos como avançados. Ou que se venha desdenhar da relação médico-paciente como um ato romântico que não cabe mais neste programa de exatidão metodológica (DUCLOS, J. Medicina basada en evidencias: una estrategia que acerca o aleja de la medicina interna?, *Revista Chile*, 127:1398-1402, 1999).

Nenhum *expert* pode presumir-se de autoridade incapaz de erro, mesmo não intencional, porque não existe verdade soberana. Por isto é sempre aconselhável não se procurar certeza absoluta quando tudo isso se mostra impossível diante de decisões instáveis, pois os caminhos da medicina clínica são contingentes e falíveis, e não há na sua prática “verdades derradeiras”. O conhecimento científico está sempre em franca evolução. Sempre que possível, deve-se avaliar uma proposição com base nos fatos e

na lógica que a sustentam, e não nas qualidades pessoais ou no *status* dos seus defensores (SOKAL A. e BRICMONT, J. *Imposturas intelectuais – O abuso da ciência pelos filósofos pós-modernos*, Rio de Janeiro: Record, 1999, p. 2.079).

Os métodos científicos não são muito diferentes das coisas racionais do dia a dia. O que a ciência faz a mais é utilizar-se de testes e controlar estatísticas, insistindo na repetição ordenada de experiências. Isto, no entanto, não é o mesmo que dizer que a ciência é menos valiosa que a observação dos fatos cotidianos. Mas, no fundo, ela só serve para explicar a coerência das nossas experiências.

Em algumas oportunidades o que se verifica mesmo é uma política de compensação, que em outra coisa não se firma senão na redução de gastos com hotelaria, com a diminuição do tempo de internamento, com a restrição de solicitação de exames subsidiários e com o indisfarçável aviltamento dos salários profissionais. Tudo isto ditado por um sistema empresarial que promove a colonização médica.

É bom lembrar que algumas objeções feitas à chamada medicina baseada em evidências não significam intolerância às inovações advindas da tecnologia moderna, nem muito menos ao que se incorpora de meios e recursos em benefício dos pacientes.

A própria expressão “evidência”, tal qual vem sendo colocada aqui, já se mostra inconsistente, pois se diz que algo é evidente quando prescinde de prova ou quando dispensa uma justificação. Evidente é o que se mostra notório. A evidência é inimiga da prova. Ela é a consagração da verdade. Assim, o importante é saber o que se pode considerar como “evidência”, e quem a determina como “fato concreto”.

Por outro lado, dizer que evidências em medicina são “dados e informações que comprovam achados e suportam opiniões” não oferece a segurança que se espera. Como qualificar uma medicina que se diz evidente, racional e científica quando ela depende tão só de percentuais levantados em dados estatísticos? E o que fazer, por exemplo, quando se sabe que há tópicos da medicina prática para os quais não se conta com nenhuma evidência convincente?

Até podemos entender que muitas das decisões tomadas em epidemiologia clássica sejam baseadas em dados estatísticos, na tentativa de se criarem novas “evidências” para a prática das ações em medicina preventiva. Mas daí dizer que tal lógica deve conduzir e definir as questões de natureza clínica parece um exagero. Primeiro, a clínica trata das consequências e a epidemiologia das causas; depois, na clínica, o centro do interesse está no prognóstico através da prevenção secundária e terciária, e, na epidemiologia, nos fatores de risco na prevenção primária; e, por fim, a clínica baseia-se num raciocínio dedutivo (da doença para o caso concreto) e a epidemiologia, num raciocínio indutivo (dos casos para a doença).

O risco das ideologias no campo da saúde está no seu caráter reacionário e centralizador por não admitir o pensar ou o agir individual. Sua inclinação é pelas ideias abstratas. E o mais desanimador em medicina baseada em evidências é que quanto mais complexo é o quadro clínico, menos evidências científicas ela dispõe para uma convincente tomada de decisão.

Outro risco é a tendência de as conclusões das revisões continuadas serem mantidas pela aceitação de trabalhos que só se reportam aos resultados que se ajustam às conclusões esperadas e não àqueles que revelam consequências adversas ou que não se enquadram numa determinada linha de critérios estabelecida na seleção dos artigos de revisão, deixando-os de fora por razões nem sempre justificadas (LAMPERTS, A. *Methodological studies of systematic review: is there Publication Bias?*, *Arch. Intern. Med.*, 157:357, 1997).

Diante do exposto, fica bem evidente que ninguém de bom senso poderia voltar-se contra, ou pelo

menos ficar indiferente, a todo este acervo cultural e a toda contribuição tecnológica que vêm se inserindo às ciências médicas nestes últimos tempos. Tampouco o que tudo isto pode resultar de contribuição na luta cada vez mais eficaz contra as doenças e em favor dos melhores níveis de vida e de saúde da população.

Todavia, não se pode admitir serenamente que a medicina abra mão da intuição, das teorias fisiopatológicas consagradas e da experiência clínica pessoal, pois não existe nenhuma análise metodológica, nem nenhuma prova científica aprimorada, que não tenha como partida a vivência e a observação individual na prática profissional. Ainda mais: a baseada em evidências não é uma receita pronta e acabada na orientação de todos os procedimentos médicos. Ainda mais quando diante da multifária condição humana permanecem tantas incertezas em derredor dos processos clínicos (CASTIEL, L. D. e PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & “Mr. Sackteer”... Encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 17 (1), p. 205-214, jan.-fev. 2001).

O ideal será sempre a associação da investigação clínica científica, do ensino médico continuado, das teorias fisiopatológicas consagradas e da contribuição de cada experiência pessoal. Também a análise e a aplicação racional da informação científica, aliadas à experiência clínica de cuidar de pacientes, seja o indivíduo ou o coletivo, dentro das concepções humanísticas que sempre nortearam esta profissão e a colocaram num lugar de destaque.

### **3.20. OS RISCOS DA MEDICINA PREDITIVA**

A medicina preditiva caracteriza-se por práticas cuja proposta é antever o surgimento de doenças como sequência de uma predisposição individual, tendo como meta a recomendação da melhor forma de preveni-las.

Por tais projetos, como se vê, muitas são as questões levantadas, tanto pela forma anômala de sua relação médico-paciente como pela oportunidade de revelar situações que podem comprometer a vida privada do indivíduo ou submetê-lo a uma série de constrangimentos e discriminações, muitos deles discutíveis.

A saúde e as liberdades individuais representam, num estado democrático de direito, os bens mais fundamentais. A saúde como um bem irrevogável e indispensável que cabe ao Estado sua garantia e seus meios de organização. E a liberdade como um ganho consagrador da cidadania e da luta dos povos.

Tão íntima é esta relação entre a saúde e a liberdade que não se pode admitir qualquer proposta em favor da melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas sem se respeitar a autonomia delas, mesmo quando elas não estão dispostas a se submeterem a certas condutas que possam ser consideradas de risco, a exemplo das práticas invasivas da nova tecnologia médica. Assim, não seria exagero admitir-se que ela tanto pode ser uma forma de proposta vantajosa como uma ameaça à liberdade individual.

O ideal será sempre encontrar um modelo onde se conciliem a liberdade do profissional ou do gestor de saúde com o uso individual da liberdade, pois só assim será mais fácil a correção das distorções da natureza para a busca do bem-estar individual e coletivo.

Por isso, o certo é encontrar um caminho onde se procure minimizar o sofrimento e o dano por meios assistenciais à saúde sem o risco dos limites da liberdade individual capaz de ameaçar o sentido crítico das pessoas através de um paternalismo secular de proteção. Não há como existir ainda a chamada “superioridade de juízo”.

Muitos são os países que vivem hoje protegidos das epidemias e das catástrofes das doenças

curáveis e evitáveis em face da organização dos serviços de saúde e dos níveis de vida de sua população. Muitas são as comunidades que hoje estão livres da morte prematura e das patologias incapacitantes. A luta em favor da saúde e do bem-estar é uma obrigação moral que se deve impor ao Poder Público. Uma política que prioriza a saúde como uma preocupação de caráter público e de interesse social, respaldada por recursos substanciais capazes de garantir todo este projeto.

É neste instante que a sociedade livre e organizada pode e deve contribuir. Ou seja, não é apenas com a garantia da autonomia e da exigência do direito ao consentimento livre e esclarecido, pois este documento por si próprio não é bastante para assegurar uma relação mais respeitosa nem basta para isentar possíveis culpas. Com isso pode-se criar uma “medicina contratual” de bases falsas.

Entender também que consentimento livre e esclarecido, operacionalizado no princípio da autonomia e da beneficência, não deve representar apenas um fato do interesse médico, mas antes de tudo uma questão político-social própria das sociedades organizadas. Todo cidadão tem o direito de saber sua verdade e participar ativamente das decisões que dizem respeito à sua vida social e, portanto, das decisões médicas e sanitárias que afetam sua vida e sua saúde. Ainda: estas informações devem ser passadas ao paciente numa linguagem que lhe permita o devido esclarecimento. Em suma: toda intervenção médica, para ser legítima, necessita do consentimento; o consentimento precisa de clareza na informação.

A fuga dos médicos para a chamada “medicina defensiva” não é apenas um equívoco senão também uma maneira de agravar cada vez mais a relação com o paciente, aumentando o mal-estar e as demandas judiciais. Mais: a questão do consentimento livre e esclarecido não pode ficar centrada apenas no médico e no paciente, mas também na própria instituição de saúde, na família do paciente e nos demais profissionais de saúde.

Não se pode mais aceitar o modelo paternalista de relação no qual somente cabia dar informação ao paciente e pedir seu consentimento quando isto representasse uma forma imprescindível de se ter um bom resultado através da sua colaboração na realização de um procedimento médico. Está claro que tal conduta não responde mais aos interesses da realidade atual.

Em contrapartida, esta mesma autonomia que permite ao paciente o direito de informação sobre dados lhe dá a prerrogativa de limitar o conhecimento destas verdades não permitindo que as demais pessoas delas tenham conhecimento, principalmente quando se tratar de seus dados genéticos. Do mesmo modo tem o indivíduo o “direito de não saber”, ele próprio, quando ao seu entendimento isto lhe traria perturbações de ordem psíquica capaz de alterar suas emoções, a exemplo de doenças futuras ou incuráveis, principalmente quando tais exames foram impostos por interesses de terceiros.

Por outro lado não é demasiado dizer que o Estado tem o direito de conscientizar os indivíduos no sentido de se conduzir de uma forma moderada e cuidadosa capaz de ter uma vida saudável, através de estratégias de uma política sanitária. Isto não quer dizer que se reduzam os espaços individuais através de práticas puritanas.

Se não levarmos em conta esta autonomia das pessoas, qualquer conceito que se tenha de saúde é ambíguo e fica difícil para o Poder Público impor regras sanitárias, simplesmente porque tanto a saúde como a doença exigem explicações.

Eis a pergunta que se impõe: como evitar as forma impositivas de discutir a saúde? Ou, melhor, como preservar a liberdade numa proposta democrática e plural em favor da saúde?

É claro que não existem regras prontas e acabadas para se aplicar programas dentro de uma política de saúde. As verdadeiras obrigações do Estado para com os indivíduos, no que diz respeito à saúde, são uma questão muito complexa e estão apenas no início de uma longa discussão. Por isso mesmo, não existe

uma definição mais precisa capaz de apontar uma solução mais consensual. Muitas dessas obrigações ainda são confusas, tanto pelo caráter íntimo da autonomia individual como pela inexistência de um instituto jurídico que, nesse particular, defina e proteja tais deveres.

No instante em que a sociedade decidir de vez quais as suas obrigações para proteger cada uma das pessoas, com certeza vai existir uma definição de limites da conduta dela, limites estes que não seriam impostos se ela não estivesse, por exemplo, em situação de risco.

Desse modo, a sociedade pode exigir de cada um de nós uma obrigação a partir de certos cuidados; assim como não temos o direito de prejudicar as outras pessoas, temos a obrigação de não nos prejudicar, pelos mesmos princípios éticos devido a todos.

A tendência atual dos que representam o sistema de saúde é falar sempre dos interesses de saúde da comunidade, sem discriminação, sem limitação de qualquer natureza. A dúvida está num fato só: saber se, nos casos em que a sociedade permite o aborto, os fetos são ou não considerados pacientes.

A posição mais intolerante da sociedade é quando um indivíduo é portador de determinada desordem física ou mental. Muitas vezes o tratamento dar-se-á porque não se tem outra alternativa, a não ser conviver com uma pessoa em situação tão precária. Assim, poderemos fazer a seguinte indagação: a sociedade tem o direito de interferir na assistência de uma paciente terminal ou em estado vegetativo permanente, como forma de se evitarem os custos no sentido de beneficiar outras pessoas?

Vejam os seguintes exemplos: quais as opções políticas capazes de influenciar o comportamento de uma mulher durante a gravidez, no propósito de favorecer o bem-estar do feto? Pode-se dizer que as políticas variam desde a concordância voluntária através da educação e do acesso aos serviços pré-natais até as sanções e pressões sobre a gestante. Sabemos que a aquiescência espontânea é a mais fundamentada das políticas, porque respeita os direitos das liberdades civis e a privacidade da mulher e ainda porque é a mais possível de ser efetivada.

Uma postura que deve estar sempre presente no papel do médico é estimular o tratamento voluntário. No entanto, sempre existirão aqueles que não concordam ou que não alcançam o valor de uma conduta adequada e terminarão por contribuir para os danos que afetarão a saúde.

Deveria o Estado ir além da educação e punir o comportamento maternal irresponsável, impondo sanções civis ou criminais quando venha a ocorrer um dano real ao indivíduo? Deveria o Estado prevenir o dano antes que ele ocorra, punindo e obrigando ao tratamento? Tudo faz crer que não.

Na verdade quem sofre e adocece é o indivíduo, mas é no coletivo onde se repercutem os conflitos.

Dentre os direitos sociais, a saúde se apresenta como um direito essencial da personalidade, pré-requisito básico de qualquer estado democrático que tem como projeto o alcance da cidadania. Por isso a saúde não pode ficar circunscrita apenas aos seus aspectos psicofísicos, mas deve se estender aos limites de sua liberdade existencial. Dentro desta premissa, o chamado “consentimento livre e esclarecido” não deve ficar apenas entendido como regra na relação médico-paciente, mas no respeito à vontade do paciente onde o direito à saúde é um direito fundamental de cada homem e de cada mulher. Esta é uma forma de devolver ao indivíduo sua própria soberania.

Na esteira deste raciocínio cabe a pergunta: se o indivíduo tem assegurada sua plena autonomia como direito fundamental assegurado, pode ele, por exemplo, vender seus próprios órgãos para transplante? É claro que a aceitação deste tipo de comércio deixaria evidente a situação de penúria de alguém a quem restou como oportunidade o comércio de seus próprios órgãos. Isto não pode ser aplicado aos casos de doação onde prevalece a solidariedade e o altruísmo, estes sim reconhecidos e aceitos dentro do ideário das liberdades humanas.

Dentro destas liberdades deve constar uma série de direitos que poderiam ser chamados de

“biodireitos”, como do direito de procriar ou não procriar, direito de não ver seu patrimônio genético manipulado a não ser no interesse terapêutico, direito de saber a verdade sobre seus diagnósticos e prognóstico, direito ao ambiente saudável e o direito de morrer com dignidade ante as práticas distanásicas, entre outros. Enfim, todos os direitos que se concentrem dentro de área que vise ao bem-estar e à proteção da saúde.

Em contrapartida, há normas que limitam o exercício profissional inseridas nos direitos do médico e diante da indisponibilidade dos meios e recursos, quando é avaliado o pleito do paciente.

No que se refere à proteção da saúde, há uma intrincada rede de implicações entre os direitos e as obrigações do médico ou do gestor de saúde em relação aos potenciais usuários de um sistema sanitário que modula a forma de atuar de cada um dos seus agentes.

Neste contexto, a liberdade do médico deve ser solidária e compreensiva, dentro de uma compreensão política e social que tenha como objetivo principal a saúde pública e privada, onde se consagre o consentimento livre e esclarecido, e, quando possível, a eficácia assistencial.

O primeiro dos direitos dos médicos provém das leis que lhe outorgam o exercer a profissão com liberdade, desde que devidamente habilitados legal e profissionalmente pelos órgãos competentes. Outros direitos estão assegurados no Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil, constantes do seu Capítulo II, intitulado “Direitos dos Médicos”.

Estes direitos lhe são conferidos sem nenhuma predisposição corporativista, mas dentro de um projeto de condições necessárias para que ele possa exercer a medicina, na legalidade e na licitude que se fazem imprescindíveis nas suas atividades profissionais.

Daí a liberdade de o médico indicar procedimento que achar mais adequado dentro das normas reconhecidas e aceitas pela comunidade científica, a liberdade para apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, a liberdade de se recusar a exercer sua profissão em instituições públicas ou privadas que não disponham das condições mínimas de trabalho e que possam trazer danos aos pacientes, a liberdade de internar seu paciente em hospitais onde não pertença ao seu corpo clínico e o direito de realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

### **3.20.1. Intimidade genética**

Um dos grandes desafios do futuro será a capacidade de se conhecer, através da chamada medicina preditiva, certas informações advindas da sequência do genoma, onde a capacidade de prevenir, tratar e curar doenças poderá se transformar numa oportunidade de discriminar pessoas portadoras de certas debilidades. Se estas oportunidades diagnósticas forem no sentido de beneficiar o indivíduo, não há o que censurar. No entanto, estas medidas preditivas podem ser no sentido de excluir ou selecionar qualidades por meio de dados históricos e familiares, como nos interesses das companhias de seguro, e isto pode ter um impacto negativo na vida e nos interesses das pessoas.

Não é exagero se pensar que amanhã estas companhias de seguro não venham considerar a pele branca de um indivíduo um fato encarecedor das apólices apenas por uma possibilidade vulnerável de câncer de pele? Chegará um tempo, certamente, com a possibilidade cada vez maior do reconhecimento no âmbito molecular, onde o perfil do DNA venha indicar uma propensão a uma doença cardíaca ou à possibilidade de alcoolismo, que estas companhias refutem de forma peremptória ou maximizem o prêmio tornando-o inalcançável aos aderentes de planos.

O *American Journal of Human Genetics*, no ano de 2000, fez uma pesquisa junto às administradoras

de planos de saúde perguntando se elas ajustariam seus preços se tivessem informações genéticas de seus clientes, cobrando-lhes mais. Dois terços delas responderam que sim. As outras certamente mentiram afirmando que não aumentariam.

Não será nenhuma surpresa se amanhã se crie uma legislação onde se proíba a invasão do código genético com o fim de discriminar o indivíduo, deixando-o assim sem nenhuma garantia no que diz respeito à sua constituição genética. Hoje já se sabe que a presença de certo alelo tem uma probabilidade maior de desenvolver a doença de Alzheimer e logo mais teremos certamente informações sobre determinados fatores genéticos responsáveis pelas doenças psiquiátricas. Isto, com certeza, terá um impacto médico de maior significação a partir das possibilidades de tratamento e cura. Por outro lado, também poderá trazer consequências muito sérias capazes de promover implicações de ordens psíquica, social e ética.

O mais grave nisto tudo é que as enfermidades ditas poligenéticas ou multifatoriais podem ou não se desenvolver, ficando o indivíduo discriminado apenas pela ameaça de risco que ele corre de contraí-las.

O primeiro risco que corremos é o de natureza científica, pois não temos ainda o conhecimento bastante para determinadas posições de natureza genética, o que pode redundar em medidas precipitadas que no mínimo trarão ainda mais discriminação, mesmo que isso não passe de um fator de risco.

Outro fato é que existe um conjunto de doenças que poderá ser diagnosticado num futuro bem próximo; todavia, não se contará tão cedo com soluções exatas e eficazes, principalmente no que concerne a um sistema público de saúde. Muitas serão as oportunidades em que o único tratamento será à base de medidas eugênicas através do aborto.

Some-se a isso a possibilidade de conhecimento preditivo de doenças graves e sem tratamento criar no indivíduo condições para as perturbações de ordem psíquica ou fazer com que ele tome medidas radicais como, por exemplo, a de não ter filhos, desagregar a família e sofrer prejuízos econômicos. Isto não quer dizer, é claro, que se deva abrir mão dos meios que impulsionem a medicina preditiva, mas que se busquem mecanismos que diminuam seus efeitos negativos e discriminatórios.

Fica evidente que, mesmo existindo um futuro promissor advindo destas conquistas, seria injusto não se apontarem relevantes conflitos de interesses os mais variados que poderiam comprometer os direitos humanos fundamentais. É preciso que se encontre um modelo racional onde as coisas se equilibrem: de um lado o interesse da ciência e de outro o respeito à dignidade humana.

Por fim, é sabido que num estado democrático de direito não existe nenhuma prerrogativa individual que possa ter proteção absoluta, principalmente quando se admite também a proteção dos direitos fundamentais de terceiros. Isto, quando reconhecido, impõe limites ao princípio da autonomia. Assim, por exemplo, quando a vida e a saúde de terceiros estão seriamente ameaçadas pela negativa de informações individuais, a quebra do direito da intimidade justifica-se, baseado no princípio do estado de necessidade de terceiros. Este dever de solidariedade pública estaria justificado quando diante de uma situação excepcional.

Sempre que houver um conflito entre um interesse público e um interesse privado deve-se agir com prudência e ponderação, tendo em conta sempre a possibilidade do uso de medidas menos graves. Deve-se entender também que existe limites na intromissão da intimidade individual.

### **3.21. SAÚDE E LIBERDADE**

A vida e a saúde das pessoas têm um relevante significado na manutenção da ordem pública e na segurança do Estado e devem estar inseridas como questão prioritária em todo projeto social. Por isso, a

saúde passa a ter um sentido político.

O conceito de assistência à saúde, entendido ainda por alguns como sinônimo de prática médica curativa ou preventiva, ou como simples organização dos serviços prestados em atendimento, não pode mais ser aceito. Mas como um conjunto de políticas sociais complementares que não passa exclusivamente pela prática assistencial. O conceito moderno de saúde transcende uma dimensão política, fruto de uma composição dos níveis e das condições de vida que vai além da organização sanitária. Resumindo: são as condições objetivas de existência de que necessita uma população ou a forma concreta de vida social, excluída da prática medicalizadora da saúde. É muito mais uma questão de forma de vida.

Dessa forma, a conquista e a preservação da saúde impõem políticas em favor da vida social e não há como o Estado deixar de ser responsável por este bem da população. A caridade facultativa em favor dos pobres, além de humilhante, é um ato aleatório que não alcança os interesses da coletividade devidos por quem representa juridicamente a sociedade política e compõe um estado democrático.

Este modelo não deixou de comprometer a área da saúde e da assistência médica, alterando em pouco tempo os padrões da política de saúde e da organização dos serviços. Para reverter todo esse quadro faz-se necessário uma ampla reformulação das relações políticas ao nível do Estado e da sociedade, fomentando a descentralização do poder e reabilitando o indivíduo na sua cidadania e na sua personalidade.

Espera-se que passo a passo a humanidade vá construindo um ideário onde fique evidente a importância da valorização da pessoa e o reconhecimento irrecusável dos direitos humanos. Não adianta todo esse encantamento com o progresso da técnica e da ciência se não for a favor do homem. Se não, esse progresso será uma coisa pobre e pequena.

A saúde e as liberdades individuais representam, num estado democrático de direito, os bens mais fundamentais. A saúde como um bem irrevogável e indispensável que cabe ao Estado sua garantia e os meios de organização. E a liberdade como um ganho consagrador da cidadania e da luta dos povos.

Tão íntima é esta relação entre a saúde e a liberdade que não se pode admitir qualquer proposta em favor da melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas sem se respeitar a autonomia delas, mesmo quando elas não estão dispostas a se submeterem a certas condutas que venham considerar como de riscos, a exemplo das práticas invasivas da nova tecnologia médica. Assim, não seria exagero admitir-se que ela tanto pode ser uma forma de proposta vantajosa como uma ameaça à liberdade individual.

Por isso, o certo é encontrar um caminho onde se procure minimizar o sofrimento e o dano por meios assistenciais à saúde sem o risco dos limites da liberdade individual capaz de ameaçar nosso sentido crítico através de um paternalismo secular de proteção. Não há como existir ainda a chamada “superioridade de juízo”.

Muitos são os países que vivem hoje protegidos das epidemias e das catástrofes das doenças curáveis e evitáveis em face da organização dos serviços de saúde e dos níveis de vida da população. Muitas são as comunidades que hoje estão livres da morte prematura e das patologias incapacitantes. A luta em favor da saúde e do bem-estar é uma obrigação moral que se deve impor ao Poder Público.

Deve-se isto a uma política que prioriza a saúde como uma preocupação de caráter público e de interesse social, respaldada por recursos substanciais capazes de garantir todo este projeto. É neste instante que a sociedade livre e organizada pode e deve contribuir. Ou seja, não é apenas com a garantia da autonomia e da exigência do direito ao consentimento livre e esclarecido, pois este documento por si próprio não é bastante para assegurar uma relação mais respeitosa nem basta para isentar possíveis

culpas. Com isso pode-se criar uma “medicina contratual” de bases falsas.

Assim, não se podem esquecer os direitos dos médicos. O primeiro dos direitos dos médicos provém das leis que lhe outorgam exercer a profissão com liberdade, desde que devidamente habilitados legal e profissionalmente pelos órgãos competentes. Outros direitos estão assegurados no Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil, constantes do seu Capítulo II, intitulado “Direitos dos Médicos”.

Estes direitos lhe são conferidos sem nenhuma predisposição corporativista, mas dentro de um projeto de condições necessárias para que ele possa exercer a medicina, na legalidade e na licitude que se fazem imprescindíveis na suas atividades profissionais.

Daí a liberdade de o médico indicar procedimento que achar mais adequado dentro das normas reconhecidas e aceitas pela comunidade científica, a liberdade para apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, a liberdade de se recusar a exercer sua profissão em instituições públicas ou privadas que não disponham das condições mínimas de trabalho e que possam trazer danos aos pacientes, a liberdade de internar seu paciente em hospitais onde não pertença ao seu corpo clínico e o direito de realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

### **3.22. SEGUNDA OPINIÃO**

Sempre foi da tradição médica, quando não se encontrava solução para o diagnóstico ou tratamento de um paciente, o facultativo ou a família ou o próprio paciente propor a formação de uma junta médica de especialistas para resolver tal situação.

De um tempo para cá o paciente ou a família tem, nos casos de maior impacto diagnóstico, procurado outro profissional da mesma área para uma “segunda opinião”. Este modelo tem encontrado na própria classe médica o apoio quase unânime. Isto não pode ser considerado como uma proposta liberalista e privatizante, visto que, além de ser um direito do paciente, hoje a nível da atividade médica liberal, com certeza também será mais adiante, tanto nos planos de saúde como no próprio Sistema Único de Saúde. Por que não?

O Código de Ética Médica em vigor, em seu artigo 39, assim se expressa: “É vedado ao médico: Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal”.

Assim, nada mais justo que o paciente ou seus familiares tenham o direito de procurar outros profissionais, com ou sem aprovação do médico assistente, para uma avaliação do caso, para lhe ajudar no tratamento ou, simplesmente, para assumir a assistência. Este é um direito inalienável deles, o de escolher o médico ou os médicos de sua confiança, cabendo, ainda, ao profissional assistente entender essa situação e, no possível, colaborar, fornecendo todas as informações necessárias.

Embora o Conselho Federal de Medicina, por meio de seu Parecer-Consulta CFM n.º 09/2001, tenha considerado inconveniente credenciar empresas organizadas para realizar a chamada “segunda consulta” ou “segunda opinião”, entende que o paciente ou seus familiares têm ampla liberdade de pedir, a quem julgue de sua confiança, tantas opiniões ou consultas que acharem necessárias sobre aquilo que é do seu interesse.

Acredito que, em muitas circunstâncias, havendo necessidade de uma reavaliação de diagnóstico ou de terapêutica, por considerá-los incorretos ou inadequados, deve ser do próprio médico assistente a iniciativa de consultar outros colegas ou de formar uma junta médica. Se é a família ou o paciente quem

indica esse profissional, qualquer que seja a razão dos solicitantes, ela deve ser respeitada.

No entanto, se a família ou o paciente chama outro médico para acompanhar o caso, sendo ele da mesma especialidade daquele que já tratava do paciente, cabe ao primeiro médico decidir se continua ou não dando a sua contribuição. Nesse caso, não se pode aludir abandono de tratamento.

No que diz respeito aos atestados às Juntas Médicas, o Parecer-Consulta CFM n.º 01/2002 diz: “A Junta Médica pode e deve, quando em situações de conflito entre o atestado médico emitido pelo médico assistente e o observado pela própria Junta, no exame físico e na análise dos exames complementares do periciado, recusar ou homologar o entendimento semelhante ou diverso do médico assistente, atendendo ao previsto nas diretrizes recomendadas em consenso das Sociedades de Especialidades”.

No entanto quando se trata da tentativa da implantação de empresas de consultoria oferecendo como produto uma segunda consulta ou segunda opinião, mesmo com a anuência dos pacientes, isso traz uma preocupação que não é de caráter corporativista, mas tão só duvidoso, pois a motivação é a de fomentar dúvidas e a consequente intenção mercantilista. Nisto tudo a vítima será sempre o paciente.

Não será nenhum exagero que amanhã venham surgir entre nós empresas estrangeiras, localizadas fora do nosso país, para operar em segunda consulta por meio da *internet* com remessa dos exames escaneados por arquivos e relatório sintomatológico do paciente, muitas vezes sem nenhuma menção do paciente e sem a sua completa avaliação.

### **3.23. POR UMA MEDICINA POLÍTICA**

No plano individual, o médico brasileiro sempre teve uma relativa atuação, sobrevivendo através de heróis solitários e mártires anônimos. No plano coletivo, ele se omite de uma participação política, optando pelo neutralismo e pela acomodação.

A saúde, como fenômeno social, exige uma intervenção política. O médico não pode permanecer agindo apenas na periferia das doenças. Tem de reduzir seu poder sobre o indivíduo e ampliar sua capacidade de intervenção sobre o meio. Há uma necessidade imediata de o médico iniciar um processo de consciência crítica e não perder seu direito de decisão na política de saúde.

A Medicina, por sua vez, não deve restringir-se a considerar a doença como um fato isolado. Ela tem que se deslocar da doença para a saúde. A Medicina precisa se organizar como poder político.

A partir do momento em que foi fácil entender ser a saúde das populações mais dependentes de suas necessidades básicas do que da assistência médica propriamente dita, e que toda doença tem na sua origem ou nas suas consequências uma causa social, daí em diante o médico necessita ocupar outros espaços.

Para se conquistar a saúde não basta modificar a relação entre o homem e a natureza, senão, também, mudar as relações sociais. Temos de aceitar o fato de que as comunidades podem e devem influir decisivamente na remoção das causas geradoras das doenças; do contrário, o ato torna-se restrito, não influencia casos semelhantes, perde sua projeção externa e não afasta os fatores morbígenos.

Os médicos conscientes manifestam sua profunda frustração ante a crescente disparidade entre as possibilidades da ciência e o bem-estar real. Apesar do enorme progresso tecnológico, a medicina atual, vista como um sistema, cura cada vez menos. Por outro lado, necessita o médico de uma consciência coletiva em torno de uma política de classe, não como instrumento de pressão ou contestação, mas essencialmente de decisão. Destruir o sentido de grupo, galvanizando a comunidade médica numa unidade monolítica, tendo à frente autênticos líderes, preocupados com os problemas que afligem a todos, pois, além de representar nossa profissão um bem social de indiscutível valor e uma fração importante do

bem comum, temos em nossas mãos um poder de decisão inalienável.

### 3.24. VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Mesmo que o Sistema Único de Saúde seja considerado o mais amplo e participativo plano de atendimento em saúde que se conhece, indistintamente oferecido para todos os brasileiros, não se pode omitir suas falhas, sua privação de verbas e sua má gerência. A crise da saúde entre nós é um fato incontestável, e isto se nota pela precariedade da rede hospitalar a sua disposição, o desrespeito à forma de atendimento, a superlotação dos serviços nos ambulatorios e setores de urgência, a péssima remuneração dos seus profissionais, o desentrosamento entre as equipes de saúde, a falta de especialistas nos setores de atendimento, o excesso de burocracia na sua estratégia de encaminhamento dos pacientes, entre outros.

Sendo assim, isso não poderia deixar de redundar numa lamentável forma de violência contra a população, principalmente aquela que não pode se socorrer de outro tipo assistencial.

Figueiredo (Direito sanitário. *Direito médico: implicações éticas e jurídicas nas práticas médicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009) afirma: “Outra forma de violência institucional silenciosa configura-se pela descontinuidade dos programas de governo em decorrência das mudanças políticas partidárias. O setor da saúde tem sido aquele cuja formulação de políticas tem mais resistido às mudanças governamentais e às intempéries da interferência de interesses partidários na administração de cada gestão”.

A proteção dos direitos à saúde está consagrada no sistema jurídico brasileiro a partir da Constituição Federal, que demarca tal garantia nos artigos 1.º, III, e 5.º, X, e a cláusula geral de tutela da personalidade se encontra no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º, III). O artigo 52 do novo Código Civil brasileiro admite a possibilidade de a pessoa jurídica ser sujeito de dano moral quando afirma: “Aplica-se às pessoas jurídicas, no que couber, a proteção dos direitos da personalidade”.

E quando tal proteção não ocorre ou quando ela é imperfeita, quem deve responder pelos danos materiais e morais causados ao paciente? Acreditamos que a responsabilidade civil do estado não pode ser descartada, porque o artigo 37, § 6.º, da Constituição Federal disciplinou a extensão desta responsabilidade: “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa”. Desde que fique demonstrado o nexo causal entre a ação ou a omissão e o dano, excluindo-se as causas excludentes como culpa da vítima, fato de terceiro ou caso fortuito, não há o que discutir: o Estado responde objetivamente, independentemente de quem foi a culpa: se de seus agentes ou da inadequação dos serviços prestados por suas instituições ou entidades conveniadas.

Outra forma de violência contra a saúde é a limitação da autonomia do profissional de saúde, que vai desde o modo de limitar suas intervenções, insinuações de altas precoces, diminuição do pedido de exames complementares ou cerceamento na hora de prescrever.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em 19 de outubro de 2005, aprovada por significativos países componentes da ONU, ratificou tal autonomia em seu artigo 5.º nos seguintes termos: “Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas

especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia”. E no artigo 6.º: “Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada”.

Por outro lado, tornou-se cláusula consagrada no mundo civilizado o direito de informação devido ao paciente e à coletividade – corolário da cidadania plena, considerando que o direito de acesso à informação também é um direito humano fundamental e dever dos Estados, no que diz respeito à promoção de informações adequadas sobre prevenção, controle e tratamento das doenças. Isto não se resume apenas ao diálogo médico-paciente nos consultórios, mas também ao uso dos meios de comunicação como forma de orientar a população em caso de endemias, epidemias ou pandemias. Isto está consagrado no artigo 220 da Constituição Federal: “A manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição. § 1.º Nenhuma lei conterá dispositivo que possa constituir embaraço à plena liberdade de informação jornalística em qualquer veículo de comunicação social, observado o disposto no artigo 5.º, IV, V, X, XIII e XIV”.

Tem, ainda, o paciente ou seus familiares responsáveis o direito de saber das informações contidas no prontuário daquele, pois tal direito está claro no artigo 5.º, XXXIII, da Constituição Federal do Brasil, que de forma dogmática afirma: “Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”.

### **3.25. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Em 1994, como uma das propostas do governo federal para implementar a atenção básica aos municípios, foi criado o *Programa Saúde da Família*, também conhecido como PSF. Um dos pontos de maior relevo deste programa é a reorganização dos serviços de saúde e a reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, além da promoção, prevenção e reabilitação dos níveis de vida e de saúde da população assistida.

Como se vê, este programa tem como referência o Programa de Medicina Familiar instituído há algumas décadas em Cuba, aplicado dentro de uma concepção voltada para a saúde pública e individual das populações periféricas. Traz consigo, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para se consolidar como tal.

Desde 1970 vem-se tentando entre nós a reorganização dos serviços de saúde a partir de um projeto que tenha no seu conjunto de atores e sujeitos sociais um modelo que seja a promoção e a proteção da saúde, a prevenção das doenças e a atenção integral às pessoas. Tudo isso dentro de uma concepção capaz de reformular os velhos conceitos da medicina curativa, principalmente de forma mais criativa, racional, econômica e humanizada, em confronto com a prática especializada dos hospitais, cada vez mais abusiva em seus procedimentos tecnológicos e cada vez mais onerosa e burocratizada.

Na verdade, este projeto é mais uma “estratégia de saúde familiar” do que um programa, pois em vez de uma metodologia que tenha início, desenvolvimento e fim, ele se propõe tão só a reorganizar a atenção primária sem preocupação de uma conclusão.

Assim, depois de muitas tentativas, esse programa foi proposto e encampado pelo Ministério da Saúde, como uma “política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo”, para confrontar com o velho modelo de assistência primária controlada por médicos especialistas.

A Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Nesta Portaria está expresso que a Atenção Básica deve ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Acrescenta que esta atenção deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Foi assim que somente em 28 de março de 2006, pela Portaria n.º 648, aquele Ministério estabeleceu o Programa Saúde da Família como uma proposta prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, tendo como proposta “*possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*”, dentro dos princípios basilares do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Em suma: o programa tem como proposta principal a valorização dos meios e métodos que beneficiam a vida e a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

Mesmo numa análise mais superficial, nota-se que este programa é comprometido quando a escolha dos profissionais de saúde, na sua ampla maioria, ali colocados, é feita por motivação partidária, como quem usa “moedas de troca” para fins político-eleitorais. Basta ver, entre outros, que, terminado o período do gestor municipal, trocam-se as equipes ao sabor dos mesmos interesses de antes, acolhidas entre os protegidos do novel prefeito. E isto é feito sem nenhuma cerimônia, sem ao menos ouvir a população nem conferir os resultados. Os prefeitos e seus assessores estão mais preocupados em distribuir empregos do que com a saúde do povo.

Os médicos e seus companheiros de área de saúde não têm nenhuma segurança funcional, não lhes dão as férias merecidas, não percebem o 13.º salário, nem contam com o fundo de garantia, direitos estes já adquiridos por todos os trabalhadores num tempo de perder de vista.

Devia haver outros critérios para a seleção desses profissionais, o estímulo a passarem por especialidades ou especializações ligadas à saúde da família, com prioridade aos jovens convocados para esta forma de prestação de assistência imbuídos de uma mentalidade que faz desse ato uma proposta consciente de saúde familiar, dentro de um projeto em favor da cidadania – em prol do bem comum.

Por tais razões, os profissionais que integram essas equipes são desestimulados e seu maior contingente é formado por médicos aposentados, desmotivados e que aceitam tal encargo como forma de passar o tempo ou, infelizmente, para complementarem uma aposentadoria humilhante e precária.

Somos favoráveis à criação de uma pós-graduação em Saúde de Família, concursos públicos, treinamentos permanentes e salários condignos, para que o profissional possa viver em tempo integral

com estas obrigações e com um salário condigno com sua nobre e necessária função.

A vocação para esse tipo de trabalho é importante, porque sua atividade não será apenas a de receitar em ambulatorios, mas participar de um planejamento por meio da coleta de informações na comunidade, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; assistir à população em todos os âmbitos da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, como escolas, associações, creche ou quando for o caso; atuar sempre de forma multiprofissional e sem preocupação hierárquica; realizar palestras a grupos de assistidos, como gestantes, cardíacos e diabéticos, e influir no seu tipo de alimentação com hábitos mais saudáveis; instituir ações de prevenções e agravos em acidentes domésticos; trabalhar com grupos de jovens sobre problemas de drogas, gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis; fazer relatórios circunstanciados ao superior responsável pelo programa no que diz respeito às estatísticas e às necessidades mais imediatas; participar de reuniões permanentes com a equipe ouvindo e trocando ideias com todos; conscientizar a população da origem dos seus males e dizer que ela também é importante no projeto de saúde e bem-estar; identificar parceiros na comunidade que possam potencializar as ações do programa; lutar pela organização política do grupo com a criação de associações locais, regionais e nacionais; lutar pela qualidade de atendimento à população; exigir um programa de ensino continuado para reciclagem constante das equipes.

Observe-se que, atualmente, vigora a Portaria n.º 2.488/2011, que substitui e aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

### **3.26. A EVOLUÇÃO SOCIAL DO MÉDICO NO BRASIL**

A medicina atual alcançou um nível técnico muito alto, mas tudo isso pode se transformar em frustração desde que o agir do médico não tenha o poder que nele se imagina. Mesmo com todo esse progresso, ela pode ser contestada desde que permaneça sem a compreensão de si mesma e sem as condições de decidir em favor de seus pacientes. Sua respeitabilidade não é medida apenas pelo que ela representa em suas conquistas tecnológicas e científicas, mas também pelo que ela significa como bem comum.

No âmbito de suas estratégias, a medicina passou a ser uma “profissão dirigida”. O sentido paternalista foi confrontado com o consentimento livre e esclarecido do paciente e seus familiares ou pelos gestores de saúde. Muitos dos seus objetivos, principalmente nestes últimos 30 anos, vêm assumindo dimensões políticas, sociais e econômicas bem distintas das de antigamente. Muitos acreditam que os movimentos sociais tiveram certa influência nesta mudança, quando encaparam algumas posições em favor do aborto, da eutanásia e da reprodução assistida.

Daí por que a ética do médico contemporâneo teve de se ajustar pouco a pouco às ansias da sociedade e não responde tanto às imposições da moralidade histórica das regras hipocráticas. Tem mais significação nos dilemas e nos reclamos de uma moralidade fora de sua tradição. A ética fundada na moralidade interna passa a ter um sentido secundário.

O conceito que se passa a ter de ética na hora atual, portanto, tem uma tendência a se adaptar a um modelo de profissionalização que vai sendo ditado por outras pessoas não médicas. Esse novo conceito de ética no contexto de cuidado médico vai se aproximando de outro modelo de ética, em que a preocupação com problemas morais complementa-se fora da medicina. O rumo da ética do médico certamente será ajustar e supervisionar o ato profissional dentro de um espaço delimitado pelos valores

sociais e culturais que a sociedade admite e necessita.

Como *status social do médico* entende-se a avaliação que faz a sociedade de que alguém goza de certo prestígio, respeito e reconhecimento por determinados atributos e comportamentos. Ou seja, um certo papel que ele representa no cenário social.

Em tese, pode-se dizer que o humilde médico que trabalha numa longínqua cidade do interior tem, nas devidas proporções, o mesmo *status social* de um médico de certa fama das grandes cidades. Tem o mesmo respeito, a mesma consideração e a mesma gratidão da sua comunidade.

E quanto à condição social do médico? Qual a explicação que se tem para justificar a disparidade entre o alcance da medicina como ciência e as condições econômicas dos seus profissionais? Por condição social, pelo menos no enfoque dado aqui, entende-se o nível das aspirações materiais justas e merecidas de quem exerce uma profissão tão importante e que necessita de meios para sobreviver dignamente com sua família.

Do ponto de vista social, cultural e emocional, aconteceram perdas tanto para a comunidade como para os próprios médicos. Eles passaram de profissionais liberais para profissionais assalariados; da independência para a dependência de ação; da liberdade de investigação diagnóstica e de prescrição para seguir as orientações dos planos de saúde; e do trabalho isolado para o trabalho em equipes. No entanto, não mudaram suas responsabilidades morais e legais de orientar, diagnosticar e prescrever sempre de forma correta. Isso distanciou a sociedade do médico. Do ponto de vista afetivo, aquele que era o amigo da família, que acompanhava as pessoas desde o nascimento, passa a ser visto como um prestador de serviços, frio e sem interação emocional com o paciente, dando margens a conflitos e litígios judiciais.

Entendemos que houve dois momentos que marcaram de forma bem efetiva a evolução social do médico no Brasil: a edição da Lei Eloy Chaves e a criação do Sistema Único de Saúde.

De início, predominou a medicina liberal e a assistência benemerita nas Santas Casas de Misericórdia e o emprego em alguns hospitais públicos. Nesta época era mais comum a medicina privada caracterizada pelo mercado aberto da livre escolha, hoje ainda o sonho de todo médico como mecanismo de poder e melhor condição econômica.

Uma 2ª fase surgiu com a promulgação da Lei Eloy Chaves, Decreto Legislativo n.º 4.682, de 24.01.1923, sendo a primeira norma a instituir no país a previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) para os ferroviários. É considerado o marco da previdência social no país, trazendo consigo a criação das demais instituições de aposentaria e pensões e uma avalanche de nomeações de médicos em todo o país.

E uma 3.ª fase surgiu com a criação do SUS e a alternativa da medicina suplementar que autorizava, quando esgotadas as capacidades dos órgãos públicos, a utilização das organizações e consultórios particulares por meio da remuneração por “unidade de serviço” e a universalização da assistência médica pública complementada pelos credenciamentos de mão de obra e serviços assistenciais privados. Diz a Lei n.º 8.080/1990 no seu artigo 20: “Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Mesmo assim, esse modelo de universalização na orientação e ações de serviços de saúde não trouxe para os médicos uma melhora, esperada principalmente pela falta de condições de trabalho, despreparo do seu gerenciamento, indiferença com o aperfeiçoamento dos recursos humanos, excesso de trabalho, baixa remuneração e insatisfação pessoal e frustração dos usuários do sistema.

## *O médico e suas classes*

O modelo vigente criou um número tão grande e tão diversificado de níveis entre os médicos que muitos chegam a admitir que não formamos uma classe, mas apenas uma categoria. Outros admitem que sim, e apontam, para tanto, alguns critérios, tendo em vista o rendimento econômico, a posição social e o domínio da biotecnologia moderna.

Assim, os médicos da *classe A* seriam aqueles privilegiados pela sua formação, pelo domínio dos procedimentos mais elitizados e pelo prestígio que gozam no seio da coletividade. Sua área de atuação e de relacionamento é no segmento da sociedade que paga sua assistência médica e, por isso, eles vivem unicamente da clientela privada. Essa elite médica – apêndice do poder dominante vem se restringindo em termos relativos e sobreviverá favorecida por uma clientela de escol e por instituições de grande aporte tecnológico e financeiro. Todavia, em tempos de crise ou na decadência profissional se aliam ou agem como os da classe mais abaixo.

Na *classe B* estariam aqueles que aliam seus empregos públicos aos consultórios onde recebe seus pacientes, principalmente advindos dos convênios com planos e seguros de saúde. Têm uma renda mensal em média de 20 a 30 salários mínimos. Atendem os pacientes em casas de saúde particulares ou em hospitais públicos ou privados sob convênios e procuram sua realização profissional em espaços do setor universitário. Sua grande aspiração é passar para a classe acima, o que podem fazer com muito esforço, sorte e trabalho. Em verdade, esses médicos devem muito à Residência Médica, a qual infelizmente não absorve mais do que 40% dos que se formam, embora o MEC insista em falar em 70%.

Por fim, existe a chamada *classe C*, que de um tempo para cá vem aumentando cada vez mais, representada pelos desempregados, subempregados e recém-formados, atendendo em casas de saúde privadas onde dão plantão de emergência ou ganham por procedimento realizado e pelo valor das tabelas dos convênios, sendo o SUS o seu maior financiador.

Na pesquisa de Carneiro e Gouveia em *O Médico e o seu Trabalho* constatou-se que o percentual de médicos desempregados era irrisório (0,8%), concluindo-se que esse grave problema – que afeta milhões de trabalhadores brasileiros – não ocorre de modo significativo no meio médico. Se considerarmos como assalariado aquele que não dispõe de um contrato de trabalho estabelecido com o comprador de serviços e os que vivem de trabalho avulso, podemos considerar que aquele percentual é muito maior.

Poucos tiveram a oportunidade de fazer uma Residência Médica. Por uma questão de formação, não conseguem “subir” de classe. Já não há esperanças de ascensão, pois lhes falta oportunidade ou tempo disponível para uma educação continuada. Alguns vivem dos contratos eventuais dos Programas de Saúde Familiar com carga de trabalho de 40 horas semanais ao sabor da simpatia e dos interesses dos prefeitos municipais. Muitos dos seus anseios e de suas frustrações são os mesmos da população que ele serve. Ganham em torno de dez salários mínimos. A partir dos anos 1980 do século passado, por meio da pletera e da organização política, chegaram aos cargos mais elevados de algumas entidades.

### *Qual o próximo modelo?*

O anseio do médico sempre foi conciliar um modelo que permita exercer uma boa medicina em favor do seu paciente e que lhe realize em suas aspirações materiais e espirituais. O ideal seria, na concepção de alguns, o exercício de uma medicina amplamente liberal, mas é necessário entender que ser um profissional liberal não depende das condições de mercado de trabalho, mas de uma condição ideológica dentro de um modelo médico.

Caracterizam a condição de profissional liberal: a autonomia técnica, a escolha do médico pelo paciente, a opção por uma carga horária de trabalho e a determinação de seus honorários. O fato apenas de atender em consultório particular não faz desse exercício uma profissão liberal. Submeter-se, por exemplo, às regras rígidas dos convênios, mesmo em consultório, não faz de nossa profissão uma atividade estritamente liberal. Todavia, pensar-se no exercício plenamente liberal da medicina como modelo geral é uma utopia. Haverá um ou outro exemplo em cada comunidade. Não há condições nem sentido em exercer a medicina fora das regras da socialização traduzida pela mescla do emprego público, pela atividade privada e pela medicina de convênio em consultório ou hospitais. Isto não foi criado pelo médico nem pelos pacientes, mas pelo mundo.

Dentro desse modelo, que é o plausível, o primeiro passo deve ser dado em favor da melhoria dos salários e das condições de trabalho. Isto com certeza não trará resultados positivos apenas para o médico, mas também para seus pacientes e para a sociedade. Outro passo importante será no sentido da redução da jornada de trabalho, para que haja tempo disponível para o estudo, lazer e convívio mais permanente com seus familiares.

No trabalho *A Saúde do Médico no Brasil*, inspirado e editado sob os auspícios do Conselho Federal de Medicina, está escrito de forma bem clara que as entidades podem fazer muito mais, quando enfatiza: “As entidades médicas de classe devem acudir a esses intentos que, no momento, fustigam a vida dos esculápios brasileiros roubando-lhes saúde e vida. É necessário também fazer compreender a todos os médicos a sua condição inequívoca de trabalhadores e que as relações de trabalho não mudaram tanto, senão que foram exacerbadas na sua perversidade. A satisfação por exercer uma profissão de tão elevados propósitos – sacerdotal em seus desígnios – é mais do que justa, porém nada tem a ver com o orgulho que nos afastou das lutas e nos alienou em nome de uma promessa de riqueza que nunca veio para a maioria, e pode ser que nunca virá. Estamos pagando caro pela nossa indiferença”.

As ações em favor das melhores condições de trabalho e remuneração se darão por meio da organização política dos médicos mediante discussão de seus problemas e necessidades. Muitos se mostram pessimistas. Mesmo assim, vale a pena pensar alternativas que possam reverter o contexto atual em favor da profissão médica.

### **3.27. SERVIÇO MÉDICO OBRIGATÓRIO**

O serviço médico obrigatório, além de constrangedor e inconstitucional, é desnecessário, haja vista outras tantas maneiras de resolver a distribuição geográfica desses profissionais em nosso país. Colocar médicos recém-formados ou em formação para atuar em regiões mais distantes como forma de concretizar o curso de medicina é um procedimento coativo e imprudente. Sintetizando, pode-se dizer que esse modelo é inconstitucional, autoritário, desigual, incoerente, inconcebível e improdutivo.

É inconstitucional porque fere frontalmente os princípios adotados na Carta Magna, em que é vedado o trabalho obrigatório e não remunerado; é autoritário porque surge de uma medida baixada de cima para baixo, em que se ouviram aos mais íntimos da cúpula do governo e sem escutar as universidades, professores e entidades que lidam com os problemas do ensino médico; é desigual porque manda aquele contingente de graduados ou pré-graduados, ainda despreparados, conviver com as frações mais desarrimadas da sociedade, criando dessa forma duas modalidades de medicina: uma para os pobres do SUS, que vivem na periferia ou em regiões inóspitas, e outra para os que podem bancar sua assistência; é incoerente porque apregoa que, mandando os alunos ou recém-formados para junto dos pacientes do SUS, eles vão se “humanizar”, o que é, para não dizer outra coisa, um absurdo, pois nos parece que não será,

por meio da assistência que se vem prestando ali – com mulheres parindo no chão, crianças voltando sem atendimento e doentes sem acesso a meios terapêuticos e propedêutico–, que aqueles jovens vão se humanizar; é inconcebível porque seria impossível mobilizar um número expressivo de instrutores e professores qualificados capazes de aceitar conviver com suas famílias nas mais remotas regiões do País orientando os estagiários; e é improdutivo porque o resultado desse tipo de atendimento é, no mínimo, temerário.

Nesse período de dois anos terão uma autorização temporária para o exercício da medicina, cumprindo os deveres de um profissional. Essa é outra questão duvidosa e temerária. E mais: a medida proposta não serve para complementar a formação do médico, mas para suprir a decadência e o sucateamento do sistema de saúde.

Aumentar o curso de medicina de oito anos, dois deles dedicados ao trabalho junto às unidades do SUS, pode à primeira vista parecer uma proposta simpática e democrática. Os médicos a se formarem em universidades públicas pagariam seu débito com a sociedade por terem estudado de forma gratuita. Mas isso é falso porque eles não estudaram ali gratuitamente, pois pagaram direta ou indiretamente seus estudos com os impostos recolhidos e estão numa universidade de melhor qualidade graças ao seu próprio esforço intelectual.

Quem pensar que o problema do Brasil é falta de médicos está enganado. Que existe uma má distribuição de médicos em nosso país é certo. No entanto, esta má distribuição não deve ser debitada ao médico, mas à falta de condições de trabalho, de meios para exercer suas atividades, de condições de habitabilidade para ele e sua família, às precárias condições de ensino e aprendizado, à interação com outros profissionais de saúde, à ausência de outros profissionais de saúde e à ausência de uma carreira de estado que possa garantir o exercício de sua profissão com certa tranquilidade.

Enfim, não é justo nem admissível impor a alguém o trabalho forçado e sem remuneração como pré-requisito ao direito de receber o registro profissional nos conselhos profissionais. Ninguém é contra um estágio que tem como objetivo avaliar o aluno e trazer-lhe conhecimentos, mas não para usar esse tipo de mão de obra para suprir uma demanda reprimida.

### **3.28. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BARATA, R. B. Epidemiologia clínica: uma ideologia médica?. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 12, p. 555-560, 1996.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- BENJAMIN, A. H. V. *Comentários ao Código do Consumidor*. São Paulo: Saraiva, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Estudo prévio ao impacto ambiental*. São Paulo: RT, 1993.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- BORGES, D. R. *Seguro social no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1948.
- \_\_\_\_\_. *Socialização da medicina*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1943.
- CARVALHO, H. V.; SEGRE, M. *Introdução ao estudo da medicina*. São Paulo: Lunar, 1977.
- \_\_\_\_\_. *Medicina social*. São Paulo: Edusp, 1964.
- CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Dr. Sackett & “Mr. Sackteer” ... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 17 (1), p. 205-214, jan.-fev. 2001.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. São Paulo: Graal, 1980.
- DONANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- FIGUEIREDO, A. M. *Direito sanitário. Direito médico: implicações éticas e jurídicas nas práticas médicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- \_\_\_\_\_. FREIRE; LANA, R.L. *Profissões da saúde*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006
- FRANÇA, G. V. A norma administrativa e o exercício médico. *JAMB*, São Paulo, ano XV, n. 662, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Em defesa de uma classe*. *JAMB*, São Paulo, ano XVII, n. 781, 1975.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.

- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (X)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Fundamentos de medicina legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Medicina: grandezas e misérias*. Tema ao VI Congresso Brasileiro de Medicina Legal, Recife, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (II)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (III)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (IV)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- \_\_\_\_\_.; CASTELO BRANCO, B. P.; PIRES, G. M. *Medicina baseada em evidências*. JBM, v. 89, nº 2, agosto 2005.
- GENTILLE DE MELO, C. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1977.
- \_\_\_\_\_. *Perspectivas da medicina liberal no Brasil*. Revista Brasileira de Medicina, v. 34, n. 1, jan. 1977.
- GRACIA, D. *Medicina baseada em evidências*. Bioética, n. 8, p. 74-84, 2000.
- HATZFELD, H. *La crisis de la medicina liberal*. Barcelona: Ariel, 1965.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1962.
- LANDMANN, J. *Política nacional de saúde*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980.
- LEME MACHADO, P. A. *Direito ambiental brasileiro*. 4. ed. São Paulo: Cavaleiros Editores, 1992.
- MOURÃO, J. C. (Org.). *Clínica e política 2*. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009.
- NASCIMENTO, T. M. C. *Comentários ao Código do Consumidor*. 3. ed. Rio de Janeiro: Aide, 1991.
- NEUSCHLOSZ, S. M. *La medicina como ciencia y como actividad social*. Buenos Aires: Losada, 1944.
- SACRAMENTO, E. *O médico brasileiro: esse desconhecido*. Residência Médica, v. 7, n. 21, 1978.
- SALLES, P. *História da medicina no Brasil*. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2004.
- SILVA, A. G. *Formación de la personalidad del médico*. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile, 1967.
- SILVA, F. A. R.; MAHAR, D. *Saúde e Previdência Social*. Rio de Janeiro: IPEA/ANPES, 1973.
- SILVA, M. G. R. *Prática médica, dominação e submissão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- SOKAL A.; BRICMONT, J. *Imposturas intelectuais: o abuso da ciência pelos filósofos pós-modernos*. Rio de Janeiro: Record, 1999. p. 207.
- VIANNA, L. W. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

---

## ATESTADOS MÉDICOS

**Sumário:** 4.1. Introdução. 4.2. Aspectos ético-legais. 4.3. Alcance e limites do atestado em relação ao laudo médico. 4.4. Carteira de saúde de seqüelados. 4.5. O atestado médico e o segredo. 4.6. Diagnóstico codificado. 4.7. Laudo piedoso. 4.8. Testes de gravidez e atestados de esterilidade na admissão ao trabalho. 4.9. Atestado por especialista. 4.10. Atestado para si mesmo. 4.11. Atestado de óbito. 4.12. Testes pré-admissionais para AIDS. 4.13. Referências bibliográficas.

### Código Penal

Art. 302. Dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso. Pena – detenção, de um mês a um ano.

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também a multa.

### Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990

Art. 186. O servidor será aposentado: I – por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos (...);

§ 1.º consideram-se doenças graves, contagiosas ou incuráveis, a que se refere o inciso I deste artigo: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS, e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada. (...)

### Código de Ética Médica

#### Capítulo X

#### DOCUMENTOS MÉDICOS

*É vedado ao médico:*

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente,

salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1.º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2.º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1.º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2.º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando requisitado pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

## 4.1. INTRODUÇÃO

Atestado ou certificado é um instrumento que tem a finalidade de firmar a veracidade de certo fato ou a existência de determinado estado, ocorrência ou obrigação. É um documento destinado a reproduzir, com idoneidade, uma específica manifestação do pensamento.

O atestado ou certificado médico, por sua vez, é um relato escrito e singelo de uma dedução médica e seus complementos. Segundo Souza Lima, resume-se na “declaração pura e simples, por escrito, de um fato médico e suas consequências”. Tem a finalidade de sintetizar, de forma objetiva e singela, o que resultou do exame feito em um paciente, sugerindo um estado de sanidade ou um estado mórbido, anterior ou atual, para fins de licença, dispensa ou justificativa de faltas ao serviço, entre outros. É, assim, um documento particular, elaborado sem compromisso prévio e independente de compromisso legal, fornecido por qualquer médico que esteja no exercício regular de sua profissão.

É sempre elaborado de forma simples, em papel timbrado, podendo servir até o usado em receituário ou, quem exerce a profissão em entidades públicas ou privadas, em formulários da respectiva instituição. Na maioria das vezes, a pedido do paciente ou de seus responsáveis legais.

Não tem o atestado uma forma definida, porém deve conter as seguintes partes constitutivas: cabeçalho – onde deve constar a qualificação do médico; qualificação do interessado – que é sempre o paciente; referência à solicitação do interessado; finalidade a que se destina; o fato médico quando

solicitado pelo paciente ou seu responsável, ou por justa causa, ou por dever legal; suas consequências; e local, data e assinatura com o respectivo carimbo profissional, onde contenham nome do médico, CGC e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição-sede de sua atividade.

A utilidade e a segurança do atestado estão necessariamente vinculadas à certeza de sua veracidade. Sua natureza institucional e seu conteúdo de fé pública é o pressuposto de verdade e exatidão que lhe é inerente; daí a preocupação e o interesse que o atestado desperta, como diz Sérgio Ibiapina Ferreira Costa (Atestado médico – considerações ético-jurídicas. *Desafios Éticos*, Brasília: Publicação do Conselho Federal de Medicina, 1993). E mais: “Uma declaração duvidosa tem, no campo das relações sociais, o mesmo valor de uma declaração falsa, exatamente por não imprimir um conteúdo de certeza ao seu próprio objeto”.

O atestado médico quanto à sua procedência ou finalidade pode ser: administrativo, quando serve ao interesse do serviço ou do servidor público; judiciário, quando por solicitação da administração da justiça; oficioso, quando dado no interesse das pessoas física ou jurídica de direito privado, como para justificar situações menos formais em ausência das aulas ou para dispensar alunos da prática da educação física.

Deve-se entender ainda que o atestado é diferente de declaração. No atestado, quem o firma, por ter fé de ofício, prova, reprova ou comprova. Na declaração exige-se apenas um relato de testemunho. Entendemos que, na área de saúde, apenas os profissionais responsáveis pela elaboração do diagnóstico são competentes para firmarem atestados. Os demais podem declarar o acompanhamento ou a coadjuvação do tratamento, o que não deixa, também, de constituir uma significativa contribuição como valor probante.

## 4.2. ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Hermes Rodrigues de Alcântara (*Deontologia e diceologia: normas éticas e legais para o exercício da medicina*, São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979) classifica o atestado médico, quanto ao seu conteúdo ou veracidade, em: idôneo, gracioso, imprudente e falso.

Mesmo não sendo exigida uma certa formalidade e um compromisso legal de quem o subscreve – e, por isso, uma peça meramente informativa e não um elemento final para decidir vantagens e obrigações –, deve merecer o atestado todos os requisitos de comprovada validade, visto que ele exerce uma função de mais alto interesse social. Fica o médico, portanto, no dever de dizer a verdade sob pena de infringir dispositivos éticos e legais, seja ao artigo 73 do Código de Ética Médica, seja por delito de falsidade de atestado médico por infração ao artigo 302 de nossa legislação penal.

Não deve ser recusado *a priori*, como vez por outra ocorre, pois sempre se deve ter a presunção de lisura de quem firma o atestado. Isto não quer dizer, todavia, que o atestado seja um fato conclusivo ou consumado, ou que não tenha um limite de eficácia em eventualidades, principalmente para o que ele não se destina.

Em documentos particulares, escritos e assinados, ou apenas assinados, presumem-se verdadeiros em relação ao signatário. Quando houver referência de determinado fato ligado à ciência, o documento particular prova a declaração, mas não o fato declarado, competindo ao interessado em sua veracidade o ônus de provar o fato (artigo 368 do Código de Processo Civil).

O atestado gracioso, também chamado de complacente ou de favor, vem sendo concedido por alguns profissionais menos responsáveis, desprovidos de certos compromissos e que buscam através deste condenável gesto uma forma de obter vantagens, sem nenhum respeito ao Código de Ética Médica.

Muitos destes atestados graciosos são dados na intimidade dos consultórios ou das clínicas privadas, tendo como finalidade a esperteza de agradar o cliente e ampliar, pela simpatia, os horizontes da clientela.

Já o atestado imprudente é aquele que é dado de forma inconsequente, insensata e intempestiva, quase sempre em favor de terceiros, tendo apenas o crédito da palavra de quem o solicita.

O atestado falso seria aquele dado quando se sabe do seu uso indevido e criminoso, tendo por isso o caráter doloso. Se é fato que alguns médicos resistem, igualmente certo é também que, em alguns casos, o profissional é induzido por questões de amizade ou de parentesco, e assim, sem uma análise mais acurada, fornece um atestado gracioso ou falso, mesmo que seu Código de Ética diga que tal atitude é ilícita e o Código Penal veja como infração punível. Tais sanções são justas porquanto o Estado tem o direito de resguardar o bem jurídico da fé pública, cuja finalidade é sempre proteger uma verdade.

A falsidade do atestado médico está na sua falsidade ideológica. Está fraudado na sua substância, no seu conteúdo. A sua irregularidade, portanto, está no seu teor, na sua natureza intelectual, praticada por um agente especial que é o médico, quando subverte o exercício regular de um direito. Na sua essência material ele pode até ser correto, pois foi firmado por alguém habilitado a fazê-lo. A falsidade material diz respeito apenas à sua falsificação, quando, por exemplo, ele é expedido por alguém que não possui habilitação legal nem habilitação profissional, ou seja, por alguém que não é médico.

A falsidade pode ser na existência ou na inexistência de uma enfermidade, na falsa condição de hígidez pretérita ou atual, num tipo de patologia, na *causa mortis* e no seu agente causador, ou em qualquer informação dessa ordem que não seja verdade.

E mais: a falsidade pode ser praticada tanto em relação ao que é fundamental como ao que é secundário, desde que altere em substância o conteúdo do atestado e o juízo feito sobre o mesmo.

Concordamos com o pensamento de que o médico, ao conceder conscientemente um atestado de óbito falso, alterando assim a verdade no Registro Público, comete crime de falsidade ideológica em documento público e não falsidade de atestado médico, inclusive com pena muito mais grave.

Com certeza, a liberalidade dispensada a este importante e necessário documento é perniciosa a todos: aos médicos, pela quebra da credibilidade do que atestam; à medicina, pelo seu descrédito entre as coisas sérias e úteis; e à sociedade, pelo que ela perde de utilidade em um instrumento de tão significativo e de real valor.

O crime da falsidade de atestado exige a condição de o agente ser médico, no exercício regular de suas funções. Uma afirmação de um fato estranho à sua profissão não pode constituir-se no delito de falsidade de atestado médico, mas outra infração.

O que se pune nessa forma de crime é tão somente a não veracidade que o documento pretende provar. Se a falsidade, no entanto, incide sobre circunstâncias secundárias, não se configura o delito. Assim se o médico, ante uma enfermidade real, afirmar que seu paciente necessita de trinta dias para convalescer, quando, na verdade, apenas cinco ou dez dias são necessários, a antijuridicidade torna-se insustentável, pois o que o atestado deseja provar, antes de tudo, é a enfermidade do paciente. A falsidade, portanto, recai sempre sobre um fato que se quer provar, e não sobre uma convicção ou juízo de circunstâncias acidentais daquele.

Porém, se um médico atesta que determinado paciente é portador de certa enfermidade, comete infração desde que não o tenha examinado, mesmo que a doença seja verdadeira.

Se, ao firmar um atestado falso, o médico é surpreendido no momento em que o entrega ao destinatário, não se pode aceitar a caracterização de um crime consumado, mas, simplesmente, a tentativa, o que também não deixa de ser uma infração.

O crime é eminentemente doloso. De nenhuma maneira poderia configurar-se em espécie culposa.

Finalmente, se esse atestado falso é dado com a finalidade lucrativa, acrescenta-se à pena uma multa. Sente-se que em tal situação foi a lei demasiadamente benigna, pois é bem claro que existe uma diferença assaz distinta entre o profissional que, sem nenhum interesse, fornece um atestado sem maiores consequências e aquele que se serve de seu nobre mister para vender atestados.

#### **4.3. ALCANCE E LIMITES DO ATESTADO EM RELAÇÃO AO LAUDO MÉDICO**

Mesmo assim, com todo zelo que se deve ter pelo atestado, é justo dizer que ele tem seus limites. A comprovação de uma entidade mórbida complexa e multifatorial, algumas até de origem ainda no campo das teorias, não pode ser decidida apenas com três ou quatro linhas simplistas, apostas num atestado médico, cuja finalidade é tão só servir de início de informações numa comprovação de direitos. Por isso existem as Juntas Médicas e por isso elas não estão adstritas aos atestados, podendo aceitá-los no todo, na parte, ou simplesmente não acatá-los.

Muitas vezes é necessário um laudo bem elaborado onde esteja realçada a descrição, fundamentada em elementos fisiopatológicos consagrados pela *lex artis* e em resultados laboratoriais, e onde fique patente em que foi baseada esta ou aquela afirmativa. Só assim é possível a afirmação do diagnóstico, a evolução do processo mórbido, a devida observação dos resultados terapêuticos e o prognóstico esperado.

Hoje não se pode mais aplaudir a ideia do “é porque é”, nem muito menos a de se admitir que alguém possa simplesmente se escudar por trás de uma autoridade que aparente condições de se fazer sempre acreditar e valer suas opiniões.

É necessário afirmar justificando, mencionar interpretando, descrever valorizando e relatar esmiuçando. E tal procedimento só é possível na elaboração de um laudo. Em apreciações de certo significado, em que se defrontam de um lado uma questão diagnóstica de certa delicadeza e de outro a defesa e a proteção de um direito próprio e legítimo, este justo embate não pode ser resolvido com a rapidez de um meteoro, através de uma declaração apressada de um atestado médico. Mas tão somente por meio de um laudo bem elaborado onde esteja realçada a necessária descrição, fundamentada em elementos fisiopatológicos consagrados pela *lex artis* e em resultados laboratoriais, e onde fique patente em que foi baseada esta ou aquela afirmativa. Só assim é possível a elaboração do diagnóstico, a avaliação evolutiva do processo mórbido, a devida e necessária observação dos resultados terapêuticos e o prognóstico esperado.

Fora desta conduta indeclinável, é subtrair de quem tem a competência de decidir os pressupostos do seu soberano convencimento. Dizer, por exemplo, que alguém é portador deste ou daquele mal sem descrever as particularidades de cada síndrome com suas características, sem a comprovação dos recursos insupríveis do diagnóstico por imagem ou pelos recursos microscópios da anatomia patológica, não leva ninguém a nenhuma convicção. Dizer pura e simplesmente que alguém é portador de uma doença, sem qualquer justificativa de comprovação semiológica, também não concorre para a busca da verdade que se quer revelar.

Com tais cuidados, mesmo para os resultados das análises de pesquisas clínicas, o Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM n.º 813/1977) determinou que “na área de Patologia Clínica, Citologia, Anatomia Patológica, Imuno-Hematologia, Radiologia, Radioisotopologia, Hemoterapia e Fisioterapia sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos firmados pelo médico responsável pela sua execução. Estes laudos devem conter, quando indicado, uma parte expositiva e outra conclusiva. O laudo médico

fornecido é de exclusiva competência e responsabilidade do médico responsável pela sua execução”.

Levando em conta a delicadeza de certas circunstâncias em que se apura uma determinada patologia, que traz na sua esteira um amontoado de dúvidas na sua etiologia e na sua causalidade ou concausalidade, e quando um erro de interpretação pode redundar em prejuízos para as partes envolvidas, torna-se imprescindível uma declaração mais detalhada.

Está mais que provado ser laudo médico ou pericial o instrumento mais valorizado nas questões de maior complexidade na área médica, pois o atestado, pela sua singeleza e carência de descrição, não alcança todas as particularidades que certos casos encerram. Daí por que só o laudo atende a tal necessidade. Deixar de registrar e analisar tais características é simplesmente uma maneira de despojar quem vai analisar o laudo de uma ideia pessoal e tirar-lhe a oportunidade de se convencer da verdadeira natureza do mal. Pelo menos, a inadmissibilidade da concessão de interdição com base apenas em atestado médico e a imprescindibilidade do laudo pericial estão na inteligência do artigo 1.183 do Código de Processo Civil: “Decorrido o prazo a que se refere o artigo antecedente, o juiz nomeará perito para proceder ao exame do interditando. Apresentado o laudo, o juiz designará audiência de instrução e julgamento”. Há, portanto, necessidade de apresentação de laudo completo e circunstanciado do estado do interditando sob pena de anulação do processo.

Nestes casos, o laudo médico é obrigatório e não facultativo, e o exame pericial é imprescindível para a segurança da decisão judicial (RT 715/133). Como afirmam Nelson Nery Júnior e Rosa Maria Andrade Nery: “A lei exige a realização de perícia médica em processo de interdição, sob pena de nulidade. A tarefa do perito consiste em apresentar laudo completo e circunstanciado da situação físico-psíquica do interditando, sob pena de o processo ser anulado. O laudo não pode se circunscrever a mero atestado médico em que se indique por código a doença do suplicado” (*Código de Processo Civil comentado*, São Paulo: RT, 1999).

O primeiro e único objetivo do laudo médico ou do laudo pericial é dar à autoridade julgadora elementos precisos para sua convicção. E por isso a substância da análise que o laudo reflete é oferecer a imagem mais real possível do dano e do seu modo etiopatogênico do qual foi ele resultante.

Todo dano corporal à saúde, seja físico ou psíquico, como um verdadeiro corpo lesional, carrega no seu conjunto uma lista sem fim de detalhes que necessitam de registro para uma apurada interpretação. E tudo depende de quem vai valorizá-lo na medida exata de cada caso.

Não se pode considerar como elemento probante, de consistência técnica e científica, a afirmação simples e por escrito contida num atestado, sem uma descrição judiciosa das estruturas comprometidas, de suas causas e de seus nexos causais, capazes de justificar aquela afirmação. O atestado, em que pese o respeito que merece seu ilustre subscritor, é um documento unilateral que não pode se sobrepor ao laudo médico.

O médico e o perito têm obrigação de mencionar no relatório em que elementos estruturais ou funcionais ou em que resultados laboratoriais ou radiológicos se basearam para fazer tal ou qual afirmativa.

#### **4.4. CARTEIRA DE SAÚDE DE SEQUELADOS**

A questão da avaliação da capacidade laborativa em indivíduos com capacidade diminuída, quando da obtenção da carteira de saúde, permite, inevitavelmente, também algumas incursões no terreno da ética e da lei.

Tais questões surgem, na maioria das vezes, na recolocação do trabalhador em novo serviço ou em

tarefa adequada, em face do reconhecimento da sua capacidade diante de um potencial laborativo residual que não lhe permitisse a integralidade de sua força de trabalho.

Para tanto, não se pode entender por “normal” apenas aqueles que se enquadram na quimérica definição da OMS – “um estado de bem-estar físico, social e mental” –, definição esta que mais se aproxima do conceito ilusório de felicidade que de saúde. A consciência social hodierna, entretanto, deve atender às condições mínimas de saúde, não a um estado de perfeição física e mental, como se assim estivéssemos selecionando os indivíduos para disputar torneios ou participar de gincanas de intelectuais. Não. Nós viemos para esse mundo para realizar o destino da criatura humana.

Infelizmente, uma certa mentalidade consumista e pragmática, imbuída de uma inclinação ao lucro, tem transformado os serviços médicos das empresas privadas num corredor estreito, quando os critérios de avaliação da capacidade laborativa passam por normas muito exigentes. E, assim, aqueles que são portadores de capacidade ou aptidão reduzida têm as portas fechadas ao ingresso no trabalho. Em suma, estes aparelhos só admitem a aptidão ou a capacidade do trabalhador quando ele apresenta todos os requisitos de saúde e perfeição física e mental, porque este candidato, com certeza, seria o melhor para aquele cargo ou função. Tais critérios, além de uma demonstração muito clara de insensibilidade e indiferença às questões sociais, evidenciam com todas as letras a avidez pelo lucro incessante.

A experiência tem demonstrado sempre, e hoje muito mais, que as pessoas portadoras de capacidade residual, compatível com as necessidades de cada tarefa, podem exercer a contento certas e determinadas atribuições. Se não, vamos engrossar cada vez mais o exército dos desempregados, as legiões de marginalizados e a criação de cidadãos de segunda e terceira categorias.

Urge a necessidade de se reavaliar o conceito de invalidez, no sentido de uma reformulação dos critérios para que um indivíduo ingresse no trabalho. Toda propriedade, seja ela pública ou privada, tem um ônus social. E, por isso, não pode apenas valer-se pela lógica do lucro. Sendo assim, nada mais justo do que uma reavaliação de capacidade laborativa, como forma de dignificar a pessoa humana, hoje tão aviltada e esquecida.

A verdade é que, não somente nos casos dos residuais grosseiros em cura de tuberculose mas em outras formas de sequelas, necessita-se urgentemente de uma reformulação no conceito de saúde no que diz respeito ao ingresso das pessoas no trabalho, a fim de se evitar a marginalização de quem tem capacidade residual reduzida, desde que lhe permita exercitar uma determinada tarefa.

É necessário o máximo cuidado quando se conceituar invalidez, para evitar, no mínimo, certos abusos e injustiças tão comumente cometidos pelos que fazem a chamada “medicina de fábrica”, pela qual o médico foi transformado num fiscalizador e defensor dos interesses ditados pelas empresas. Madriaga chega a chamar “capacidade remanescente” em vez de “incapacidade” ou “invalidez”.

O conceito de “normalidade”, para fins de obtenção de carteira de saúde nos pacientes ex-tuberculosos com resíduos grosseiros, deve estar intimamente ligado ao conceito social de trabalho e não ao que se tem da grande invalidez, manifestada pela inviabilidade de cura e de reabilitação.

A Constituição do Brasil em vigor enfatiza no Capítulo “Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos”, artigo 5.º, inciso XIII, que é “livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”, e no artigo 6.º, inciso XXXI, que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: “Proibição de qualquer discriminação no tocante a salário de admissão do trabalhador portador de deficiência”.

Todos sabem que não é apenas através de uma radiografia que se pode avaliar se determinado indivíduo está apto para desenvolver uma tarefa, sem ter informação da modalidade de trabalho

pretendida. E daí dizer-se que um ex-tuberculoso residual grosseiro seja portador de uma incapacidade definitiva para o trabalho parece-nos uma temeridade, para não dizer outra coisa. Uma capacidade física, mesmo com deficiência estacionária, não pode ser considerada como razão imperativa de impedimento ao trabalho, desde, é claro, que essa deficiência não venha trazer graves repercussões na rentabilidade laborativa.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), através da Recomendação n.º 99, de 1955, enfatiza a necessidade de se criarem não apenas condições, mas desenvolver-se uma filosofia de colocação e recolocação dos reabilitados e curados, mesmo que apresentem alguma deficiência. Entre nós, desde a Lei Orgânica da Previdência Social e da Portaria n.º 3.046, de 22 de fevereiro de 1972, do ex-Ministério do Trabalho e da Previdência Social, há o aplauso àquele mesmo princípio.

Ainda assim, o portador de sequelas de tuberculose curada não é uma pessoa de capacidade limitada. Tão somente, o portador de um processo cicatricial de cuja morbidade já se curou.

Ninguém pode admitir que o trabalho compatível com esses indivíduos possa redundar em causa de incapacidade ou de agravamento ou alteração para piora do seu estado de saúde.

Não há nenhuma justiça em rotular um residual grosseiro como “suspeito” nessas unidades fornecedoras de carteira de saúde, exigir-lhe a baciloscopia e, mesmo seguindo negativa, tirar-lhe um direito, deixando o pretendente numa situação indefinida de nem ser doente nem ser sadio. Se tais unidades não querem assumir a responsabilidade desse documento, devem pelo menos pedir aos serviços especializados uma declaração do estado atual do ex-paciente e expedir a carteira de saúde quando a conclusão for por “cura atual com defeito”.

Não se pode deixar passar sem uma censura o estado atual da legislação trabalhista, no que concerne às questões ligadas à admissão e à recolocação no trabalho, em face das duvidosas e mal elaboradas normas neste particular. Não se pode admitir, por exemplo, a não existência de Departamentos de Higiene e Segurança do Trabalho estaduais e municipais, com ampla participação dos trabalhadores e técnicos especializados.

É preciso também que se crie um programa permanente de estudos e diagnósticos sobre a problemática da obrigatoriedade na absorção da mão de obra em capacidade diminuída, como reserva imperativa de emprego; e a criação de oficinas e locais de trabalho para pessoas que não possuem as potencialidades máximas no conceito capitalista atual. O fato é que os atuais serviços de reabilitação do trabalhador acidentado ou ex-doente, patrocinados pela Previdência Social, são por demais precários e inoperantes, pois expõem o trabalhador ao desemprego com os registros de ocorrência nas carteiras de trabalho.

#### **4.5. O ATESTADO MÉDICO E O SEGREDO**

Uma questão discutível é a de se poder ou não declarar o diagnóstico nos atestados médicos. A maioria acha que o médico deve omitir sempre esse diagnóstico. Todavia, há também os que sustentam a quebra quando necessária, principalmente no interesse funcional do paciente ou de seus privilégios securitários. No entanto, se levarmos em conta a determinação do Código de Ética Médica, vamos observar que esse diagnóstico só pode ser consignado, nominalmente ou em código, nas três situações ali admitidas: justa causa, dever legal e autorização expressa do paciente. Tal decisão está assinalada nos Pareceres-Consulta CFM n.º 25/1988 e 32/1990.

O mesmo se diga quanto ao boletim ou às declarações médicas, não muito raramente publicadas nos órgãos de divulgação, envolvendo a doença ou o estado de saúde de certos pacientes, sobretudo quando

têm notoriedade.

Há quem defenda a ideia de que os médicos estariam obrigados a divulgar detalhadamente a enfermidade e a evolução clínica das pessoas influentes, para que a sociedade soubesse de suas verdadeiras condições.

Outros admitem que, por mais importante que seja o paciente, em vida ou após a morte, devem-se respeitar-lhe as circunstâncias de natureza privada e que o médico deve orientar-se pelos princípios que regem o Código de Ética Médica, relativos ao segredo profissional. E, finalmente, outros que advogam a ideia da administração política do fato, como forma de proteger e resguardar os interesses de ordem pública, de assegurar a ordem social e manter o equilíbrio emocional das coletividades. No entanto, tem prevalecido o conceito de que é censurável trazer ao conhecimento público fatos que não interessam de imediato e de que a informação seja sempre discreta e simples, fazendo transpirar somente se a situação continua grave, se preocupa seriamente os médicos, se há possibilidades de recuperação, ou se o paciente está convalescendo e com condições de alta próxima.

O Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução n.º 1.701/2003, que trata, entre outros, do Boletim Médico, diz: “Art. 11. Quando da emissão e boletins médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico. § 1.º Os boletins médicos poderão ser divulgados através do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente. § 2.º Os boletins médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor clínico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto”.

Dessa forma, jamais devem ser enganosos no diagnóstico ou no prognóstico, ainda que sejam feitos para satisfazer exigências sociais, políticas ou financeiras. Nada mais justo que essas informações sejam mantidas fiéis ao critério do segredo médico, mesmo que elas sejam do conhecimento geral, posto que sua confirmação dará sinais de certeza ao fato, tendo-se em vista a condição de o médico ser conhecedor de toda a verdade.

O Boletim Médico é uma exigência do cotidiano e faz parte das obrigações que os estados democráticos têm na transparência de informações à sociedade sobre pessoas que ultrapassaram sua condição de simples cidadão. Resta-lhe, tão só, divulgar apenas aquilo que é estritamente necessário, sem com isso descer a detalhes que muitas vezes não têm outro objetivo senão o sensacionalismo e autopromoção. Não se pode esquecer que, mesmo diante de certas situações, tais como no interesse do estado ou da sociedade, deve o médico informar apenas particularidades que se tornem úteis.

#### **4.6. DIAGNÓSTICO CODIFICADO**

Tem sido matéria controvertida se o diagnóstico no atestado médico constitui quebra de sigilo profissional. Sim, a não ser por justa causa, a pedido expresso do paciente ou por dever legal. É entendimento pacífico que se deve evitar tal declaração. Outros admitem, diante da exigência administrativa, usar as recomendações da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), em vigor desde 1.º de janeiro de 1994.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Portaria n.º 3.291, de 20 de fevereiro de 1984, subordina a eficácia do atestado médico, para justificativa de faltas ao serviço, por motivo de doença, à indicação do “diagnóstico codificado, conforme o Código Internacional de Doença”.

O Regulamento dos benefícios da Previdência Social e a Consolidação das Leis da Previdência Social disciplinam o benefício do auxílio-doença, deixando a cargo do empregador o pagamento dos

salários do empregado durante o afastamento dos primeiros quinze dias, somente encaminhando o segurado ao serviço médico do INSS a partir do décimo sexto dia. Daí se conclui que nenhum ônus cabe à Previdência Social durante os primeiros quinze dias de ausência ao trabalho por motivo de doença, mas ao próprio empregador. E, ainda assim, a Portaria ministerial insiste na “necessidade de o empregado justificar sua ausência perante a empresa onde presta serviço, por motivo de doença”.

Tal ato ministerial pode parecer uma forma de proteger o empregado, dando-lhe condições de, através do atestado médico oficial, fazer provar junto à empresa sua impossibilidade de apresentar-se ao trabalho com uma razão diagnosticada.

Todavia, é nosso entendimento que a obrigatoriedade do “diagnóstico codificado”, no atestado médico oficial, em vez de proteger o trabalhador, cria-lhe uma situação de constrangimento e, ao ser relatado o seu mal, mesmo em código, suas relações no emprego são prejudicadas, pela revelação de suas condições de sanidade, principalmente se é ele portador de uma doença cíclica que o afastará outras vezes do trabalho. Assim, a exigência da Portaria, que tenciona proteger, termina comprometendo a estabilidade do empregado por facilitar a publicidade do diagnóstico.

A citada norma regulamentar fere ainda os princípios mais elementares da Ética Médica, além de colocar o profissional na condição de infrator por delito de violação do segredo profissional, tipificado no artigo 154 do Código Penal vigente e que estatui: “Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de 3 meses a um ano ou multa”.

Pelo visto, a Portaria MPAS n.º 3.291, de 20 de fevereiro de 1984, no item que impõe o diagnóstico codificado, é contraditória, prejudicial ao empregado, comprometedora da fé pública que requerem os documentos oficiais e é ostensivamente ilegal por se colocar em franco conflito com a lei.

Concluindo, podemos afirmar que a indicação do diagnóstico em atestados ou outros documentos médicos, de forma declarada ou pelo CID, constitui infração aos princípios éticos que orientam o exercício profissional, a não ser que expressamente autorizada pelo paciente, por justa causa ou por dever legal.

A Resolução CFM n.º 1.976/2011 altera o art. 1.º da Resolução CFM n.º 1.819, que proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde, concomitantemente com a identificação do paciente, ficando com a seguinte redação: “1.º Alterar o parágrafo único do art. 1.º da Resolução CFM n.º 1.819, publicada em 22 de maio de 2007, que passa a ter a seguinte redação: *‘Parágrafo único. Excetuam-se desta proibição os casos previstos em lei’*”.

#### **4.7. LAUDO PIEDOSO**

Não muito raramente, por motivo de simples piedade, têm-se fornecido laudos falsos, a pedido de familiares, para tranquilizar pacientes portadores de moléstias graves e incuráveis, ou para acomodar determinadas situações políticas ou sociais. A verdade é que, por melhor que seja o propósito, esse fato não deixa de configurar-se como antiético e ilegal, e, às vezes, levando o profissional a demandas judiciais e sérias consequências. Simplesmente por constituir falsidade documental ideológica por crime contra a fé pública. A ordem técnico-profissional exige, para sua efetivação e sobrevivência, a imperiosa necessidade de crença, como forma de se manter no privilégio da fé de ofício.

A fé pública reside na credibilidade que as pessoas têm no estado e nos indivíduos investidos de autoridade, ou que exerçam atividade legal e de reconhecido valor social.

O que se procura punir no laudo falso não é outra coisa senão o interesse ou a conivência com a prática escusa. Mesmo num laudo falso por pura piedade, com a finalidade de abrandar a ansiedade de um paciente ante um resultado mais grave, existe, segundo muitos, o mesmo ilícito, principalmente quando disso decorre prejuízo a terceiros.

Outra coisa: ainda que se trate de um documento particular, seu conteúdo encerra sempre um estado de saúde ou doença que não interessa apenas ao indivíduo em si, mas a toda a coletividade.

O fim a que se propõe um laudo também não tem maior importância para a sua antijuridicidade. O que se condena é tão somente a inveracidade que o documento pretende provar. O laudo falso fere o artigo 302 do Código Penal brasileiro (“dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso”); o artigo 16, letra e, do Decreto-Lei n.º 32.931/1932 (“firmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem”); e o artigo 80 do Código de Ética Médica (“Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade”).

Há algum tempo, noutra local, um anatomopatologista, diante de um caso comprovado de câncer e a pedido dos familiares, deu, além do laudo correto, um outro laudo para o doente, no qual simplesmente atestava a normalidade. O paciente, de posse desse segundo documento, tendo necessidade de fazer um seguro de vida, e como havia dúvidas quanto ao seu estado de higidez, fez entrega desse laudo. Seis meses depois o paciente falecia e a Companhia de Seguros entrou com uma ação civil contra o médico e ganhou.

#### **4.8. TESTES DE GRAVIDEZ E ATESTADOS DE ESTERILIDADE NA ADMISSÃO AO TRABALHO**

Ninguém pode negar a validade do exame médico quando na admissão do empregado no trabalho, a fim de que se possa apurar sua aptidão física ou mental para determinada forma de função que vai exercer. Esse exame visa, portanto, a verificar, precisamente, sua capacidade laborativa para aquele ofício que deve desempenhar.

Assim, qualquer outro interesse, fora dos previstos acima, a exemplo da solicitação de testes de gravidez como forma imperativa de ingresso no trabalho, passa a ser abusivo e intolerante, dando lugar à criação de “critérios” ou “requisitos” discriminadores.

Vendo por esse lado, exigir-se a realização de testes de gravidez ou exigirem-se atestados de laqueadura tubária com a finalidade de desclassificar sumariamente mulheres candidatas ao emprego, sem levar em conta se este dado efetivamente é prejudicial à sua saúde em face dos riscos da função que vai exercer, mas tão só para não se ter de arcar com o ônus trabalhista daí decorrente, caracteriza atentado ao disposto na Constituição Federal, que proscribe “proibição de diferença de salários e de critérios de admissão por motivo de sexo, cor ou estado civil”.

Dessa forma, a solicitação desse tipo de exame pelo médico só se justifica se este dado for imprescindível, tendo em vista o tipo de função ou de risco que a empregada vai exercer.

Quando os estatutos administrativos e trabalhistas se referem à maternidade ou à gravidez, o fazem como norma protetora e nunca como justificativa para uma empresa impedir a admissão de uma empregada pelo fato de estar gestante. Se isso prevalecer, além de nocivo aos interesses da comunidade, privando a mulher trabalhadora de sua função social e do seu relevante papel de mãe, é também uma forma de limitar sua capacidade civil, colocando-a numa classe inferior de pessoas, proibida de desfrutar dos mesmos direitos e privilégios dos outros. Um absurdo, uma grosseira violação constitucional, um vilipêndio aos direitos humanos.

Por tais razões, entende-se que o médico, sob nenhuma hipótese, deve submeter-se às exigências feitas pela empresa que, interferindo em sua profissão, exige exames ou atestados preconceituosos contra a mulher trabalhadora, no sentido de discriminar a procriação, simplesmente como forma de resguardar interesses injustificáveis do patronato insensível. A persistir em tal disposição, incide o médico em falta ética.

#### **4.9. ATESTADO POR ESPECIALISTA**

Pergunta-se, algumas vezes, se é válido o condicionamento de apresentação de atestado passado por médico especialista para o exercício de determinada profissão.

Estabelece a Lei n.º 3.268/1957, em seu artigo 17, que para exercer legalmente a medicina deve o médico estar regularmente inscrito no Conselho sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Desse modo, estando ele inscrito de forma regular no Conselho Regional de Medicina competente, poderá praticar todos os atos inerentes à sua profissão, desde que esteja conscientemente capaz. Em suma: possui o médico competência lata para a prática de todos os atos médicos independentemente de sua área de especialização. Quem o limita é a sua própria consciência.

Pelo visto, entendemos que condicionar a emissão de atestados à especialização do médico constitui lesão aos princípios constitucionais que norteiam o livre exercício profissional e às normas que regulamentam o exercício da medicina.

A apresentação de atestado médico visando a comprovar a higidez física e mental de um indivíduo para o exercício de determinada profissão é providência digna de elogio. Por outro lado, deve-se considerar impropriedade o fato de condicionar a emissão desse atestado a certa especialização, pois todo o médico possui competência legal para tanto.

Assim, não se pode contestar o condicionamento de atestado médico, para que alguém venha a exercer uma profissão. Todavia, sem exigência à especialização do médico.

#### **4.10. ATESTADO PARA SI MESMO**

O atestado médico é uma declaração simples e por escrito, dada por um profissional da medicina, regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina competente e cuja finalidade é afirmar o estado de doença ou higidez, e suas consequências, de quem ele examina. Vale dizer, afirmar o que resultou do exame feito em seu paciente, no que diz respeito à sua sanidade e às suas implicações mais diretas.

Desse modo, é o atestado médico um documento utilizado pelo profissional da medicina no exercício regular do seu mister, e, quando esse instrumento está revestido dos requisitos que lhe conferem validade, atesta a realidade da constatação feita pelo médico para as finalidades previstas em lei. E a exigência de sua veracidade é um direito que tem o estado de proteger o bem jurídico da fé pública.

Portanto, atestar o médico para si mesmo suas condições de saúde é estranho, pois o que referem a norma, a doutrina consagrada e até a jurisprudência são sempre considerações sobre o médico atestando para terceiros suas condições de saúde.

É difícil aceitar o fato de o médico concentrar, num só tempo e em si próprio, a condição de examinado e de examinador, de médico e de paciente, atraindo todas as responsabilidades e todos os privilégios, policiando-se para que um não se sobreponha ao outro. O resultado de um atestado médico nessas circunstâncias será sempre suspeito, tanto pelas razões ditadas pelo profissional como pelos benefícios arguidos ao paciente.

Mais: ninguém pode sair de si para julgar-se; essa dádiva é indispensavelmente vedada, e impossível. Seria o mesmo que o juiz julgar seu próprio pleito ou um clérigo dar a si mesmo a absolvição.

Assim, não apenas pela suspeição do comprometimento da veracidade do atestado médico, quando este trata sobre as próprias condições de saúde de quem subscreve, mais, ainda, pela impraticabilidade de ajustamento aos procedimentos legais e às justificativas de ordem moral, resta-nos, tão somente, desaconselhar e censurar tal prática.

#### **4.11. ATESTADO DE ÓBITO**

O atestado de óbito tem como finalidade não só confirmar a morte, mas, ainda, a definição da *causa mortis* e os interesses de ordem legal e médico-sanitária. Daí a importância desse documento tantas vezes relegado por alguns.

Nos locais onde não existem médicos, o óbito pode ser declarado por duas testemunhas idôneas que tiverem presenciado ou verificado o falecimento.

A legislação pertinente fala sempre de “declaração de óbito” (Lei n.º 11.976/2009), entendendo-se como tal o documento com todos os seus itens constitutivos. Entre estes itens está o “atestado médico de morte” preenchido por profissional médico habilitado onde constam as *causas de morte*.

O Código Civil brasileiro de 2002 estabelece que o nascimento e a morte são eventos vitais de grande significação quando afirma: “Artigo 2.º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro. (...) Artigo 6.º A existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura da sucessão definitiva” e “Artigo 9.º Serão registrados em registro público: I – os nascimentos, casamentos e óbitos”.

Pela lei, são obrigados a fazer declarações sobre o óbito: os chefes de família, a respeito de sua mulher, filhos, hóspedes e agregados; a viúva, sobre seu marido e as pessoas acima indicadas; o filho, a respeito do pai ou da mãe; o irmão, sobre o outro irmão quando não houver pais vivos ou estiverem ausentes; o administrador, gerente, diretor de qualquer estabelecimento público ou privado, a respeito dos que nele falecerem, a não ser que esteja presente algum parente desses já citados; a autoridade policial, sobre pessoas encontradas mortas e, na falta de pessoas competentes por parentesco, aquele que tiver assistido aos últimos instantes do falecido.

Como o atestado de óbito é um documento que sempre tem uma outra implicação jurídica, há algumas regras que não podem ser esquecidas: não assinar Declaração de Óbito em branco; verificar se todos os itens de identificação da Declaração foram devidamente preenchidos; não assinar atestado de óbito de morte violenta, a não ser quando legalmente autorizado; a Declaração de Óbito Fetal é sempre da competência do médico; partes de cadáver, como cabeça ou ossos, são de competência dos Institutos Médico-Legais; para as partes amputadas por ocasião de atos cirúrgicos recomenda-se a inumação ou incineração; usar como causa básica sempre as especificações da Classificação Internacional de Doenças, adotada pela 19ª Assembleia Mundial de Saúde; evitar como causa básica expressões semelhantes a parada cardíaca, insuficiência cardiorrespiratória, desidratação, hematemese, e outros sinais ou sintomas, ou ocorrências antecedentes, como atropelamento, espancamento ou agressão por arma branca.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n.º 1.779/2005, estabelece os seguintes critérios: O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do

médico que atestou a morte, e, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas: 1) *Morte natural*: I. Morte sem assistência médica: a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO; b) Nas localidades sem SVO: A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade. II. Morte com assistência médica: a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente; b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente, e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição; c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO; d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente. 2) *Morte fetal*: Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm. 3) *Mortes violentas ou não naturais*: A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais. Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito”.

Com o advento da Lei n.º 11.976/2009, a declaração de óbito, assim chamada mesmo em oposição à Lei de Registros Públicos, passou a ter uma conotação legal como se vê no seu artigo 1.º – “O documento oficial do Sistema Único de Saúde para atestar a morte de indivíduos, pacientes e não pacientes, é a Declaração de Óbito”. Esta lei também cria as comissões ou serviços de investigação e verificação de óbitos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde, para a resolução de casos de falecimentos por causas mal-definidas e a busca da plena notificação dos falecimentos ao Sistema Único de Saúde (artigo 5.º).

O Código de Ética Médica, em seu artigo 83, proíbe o médico de atestar óbito quando não tenha assistido o paciente ou verificado pessoalmente o óbito, com exceção ao plantonista ou substituto que tenha assistido pessoalmente ao paciente ou nos casos de necropsia ou verificação médico-legal. No artigo 84 diz que o médico assistente não pode deixar de atestar o óbito de seu paciente, exceto quando houver indícios de morte violenta.

O Parecer-Consulta CFM n.º 16/1995 determina que é da responsabilidade do médico o preenchimento completo dos dados de identificação do falecido, no que se refere ao nome completo, idade, sexo, cor e filiação, além da hora, local, data e causa da morte.

Quanto ao prazo da responsabilidade de o médico atestar o óbito, admitimos ser difícil estabelecer um prazo determinado, mas que se pode fornecer aquele documento sempre que exista a certeza da relação fisiopatológica da doença diagnosticada com as circunstâncias da causa da morte.

Se se tratar de peças anatômicas, órgãos ou membros amputados em cirurgia, não existe indicação de preenchimento de um atestado de óbito, ainda que o destino deles seja o sepultamento. Basta um simples relatório ao administrador do cemitério, constando a identificação do paciente, sua patologia e algumas informações sobre a operação. A melhor solução é a cremação, com as recomendações do Parecer-Consulta CFM n.º 04/1996.

Se existirem apenas partes do cadáver resultantes de uma ação violenta, como, por exemplo, uma

explosão ou despostejamento, que permitam uma identificação segura, nada impede o fornecimento do respectivo atestado de óbito a determinada pessoa, desde que o médico tenha atribuições médico-legais. Por fim, o atestado de óbito no período perinatal após a 22.<sup>a</sup> semana de gravidez, quando o feto alcança o peso de 500 gramas, deve ser fornecido, pois a Lei dos Registros Públicos obriga o registro dos natimortos e o CID-10 os considera naqueles parâmetros.

### *Quem deve assinar o atestado de óbito?*

Como o atestado de óbito é um documento que sempre enseja certas implicações de natureza ético-jurídica, há algumas regras que não podem ser esquecidas: 1. Não assinar atestados em branco nem deixar espaços vazios, inclusive verificando se todos os itens da identificação da declaração estão devidamente preenchidos; 2. Escrever com letra legível ou em letras de forma, sem borrões nem retificações, usando de preferência tinta de cor negra ou azul; 3. Evitar o uso de abreviaturas; 4. Certificar-se da identidade do morto; 5. Não assinar atestado de óbito em casos de morte violenta, a não ser quando legalmente autorizado; 6. A declaração de óbito fetal é da competência exclusiva do médico; 7. As partes de cadáver, como cabeça, ossos ou membros encontrados aleatoriamente, são da competência dos Institutos Médico-legais; 8. Quanto às partes amputadas por ocasião de atos cirúrgicos, recomenda-se a inumação em cemitérios públicos acompanhada de um relatório médico contendo especificações das partes e identificação do paciente, ou a incineração dentro das recomendações e do Parecer-Consulta CFM n.º 04/1996; 9. Usar como causa básica sempre as especificadas na Classificação Internacional de Doenças, adotada pela Associação Médica Mundial; 10. Evitar como causa básica certas expressões como parada cardíaca, insuficiência cardiorrespiratória ou hematêmese; 11. É também de responsabilidade do médico o preenchimento completo dos dados de identidade do falecido, no que diz respeito a nome completo, cor, idade, sexo e filiação, além de local, hora, data e causa da morte (Parecer Consulta CFM n.º 16/1995).

A Resolução CFM n.º 1.779/2005, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito, estabelece: 1. O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte. 2. Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas: I) Morte natural sem assistência médica nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) – a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO e nas localidades sem SVO; a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade. II) Morte com assistência médica: a. A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente. b. A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição. c. A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO; d. A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente. III) Morte fetal: em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm. IV) Mortes violentas ou não naturais: a Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-

legais.

A Portaria n.º 116/2009, do Ministério da Saúde, acrescenta que essa Declaração de Óbito, em casos de morte violenta, pode ser fornecida qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente; e em localidades sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*), qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente.

E qual seria o prazo, após a última consulta, para fornecimento do atestado de óbito? O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, sobre o assunto, define em seu Parecer CRM/PR n.º 210/1991: “não se pode relacionar em termo de prazo e, sim, que apenas pode atestar o óbito quem vinha assistindo o doente, e, como já foi explanado, exista relação fisiopatológica da doença diagnosticada por ocasião da consulta eventual e a causa do óbito”.

#### **4.12. TESTES PRÉ-ADMISSIONAIS PARA AIDS**

Desde os primeiros casos de AIDS, viu-se surgir toda a sorte de dificuldades, desde o tratamento às mais distintas formas de discriminação. Uma delas está ligada à produtividade, quando uma parcela do empresariado começa a exigir limitações e impedimentos aos portadores de HIV positivo entre seus empregados, através de exames pré-admissionais ou pela demissão dos portadores de testes sorologicamente positivos.

Nosso entendimento é que não existe nenhuma justificativa técnica ou científica para tais exames. Quem necessita saber desses resultados são os trabalhadores e as autoridades sanitárias que estruturam suas campanhas e medem a extensão do problema.

Agindo-se de tal forma contra os soropositivos, além do despropósito ético e científico, o critério é desumano e contra os interesses sociais, pois desagrega o indivíduo, empurrando-o para a marginalidade sem as possibilidades de trabalho, sem a assistência médica e sem as condições financeiras que capacitem sua sobrevivência.

Ninguém discute o direito de o empregador admitir quem desejar. Todavia, salvo em situações muito especiais, exigir testes sorológicos pré-admissionais é uma manobra vexatória e descabida, não devendo o médico prestar-se para esses fins. O mesmo se diga quando os testes são exigidos para os funcionários. E, mais grave ainda, quando a empresa burla o empregado e faz os exames sem o conhecimento e o consentimento do trabalhador.

Como deve proceder o médico de uma empresa que recebe o resultado HIV positivo de um empregado? Em princípio, o médico não pode esquecer que esse resultado constitui um documento sigiloso que diz respeito apenas à relação médico-paciente. Agindo diferentemente, o médico não só fere seu Código de Ética, como fraudas as normas de proteção ao trabalhador. Mesmo sob pressão da empresa, não tem ele nenhum direito a tanto, pois seu Código diz não poder “em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e correção do seu trabalho”. E mais enfaticamente: é vedado ao médico “revelar informações confidenciais obtidas quando do exame de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade”.

Desse modo, endossamos as recomendações aprovadas em plenário do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto:

1. Todas as informações obtidas pelo médico, nesse particular, devem ser transmitidas ao paciente, salvo aquelas cuja comunicação possa lhe provocar algum dano.
2. Quaisquer informações médicas sobre o empregado ao empregador devem limitar-se à aptidão ou não ao trabalho e se temporária ou permanente para o desempenho de determinadas funções.
3. A realização de testes sorológicos para AIDS por parte do empregador não encontra amparo técnico, científico e ético, sendo da alçada das autoridades sanitárias.
4. A realização de testes sorológicos para AIDS em trabalhadores nesta circunstância é violação ao seu direito, fere a Consolidação das Leis do Trabalho, além de contribuir, em caso positivo, para a marginalização do empregado.
5. Finalmente, à evidência do Código de Ética Médica, pelo inequívoco papel de autonomia e independência que lhe é atribuído nesse sentido, quando não submete o profissional a qualquer injunção capaz de prejudicar a relação médico-paciente.

#### 4.13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- COUTINHO, L. M. Código de Ética comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
- FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE; LANA, R.L., Profissões da saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- FRANÇA, G. V. AIDS – um enfoque ético-político. Revista da Sociedade Brasileira da Medicina Tropical, n. 26 (3), p. 187-192, jul.-set. 1993.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (V). Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (VI). Recife: Edupe, 2002.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (X). Recife: Edupe, 2010.
- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. Obtenção de carteira de saúde – Considerações médico-sociais a reliquats grosseiros em tuberculose. Residência Médica, v. 9, n. 6, jun. 1980.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GALVÃO, L. C. C. Medicina legal. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
- HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1958. v. 91.
- MADRIAGA, C. Las metas actuales de la capacitación y de la rehabilitación laborales. Madrid: Aguilar, 1961.
- MASAGÃO, M. Curso de direito administrativo. São Paulo: Max Limonad, 1960.
- NORONHA, E. M. Direito penal. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1973. v. 3.
- URBAN, C. A. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- VIANA, M. G. Ética geral e profissional. Porto: Livraria Figueirense, 1976.

---

## SEGREDO MÉDICO

**Sumário:** 5.1. Introdução. 5.2. Aspectos legais. 5.3. Escolas doutrinárias. 5.4. Os limites do sigilo. 5.5. Quando se diz que não houve quebra do sigilo. 5.6. Conflitos entre o médico e o segredo. 5.7. Privacidade e sigilo em informática médica. 5.8. Situações especiais. 5.9. Segredo médico: obrigação quando no exercício da profissão. 5.10. Conclusões. 5.11. Referências bibliográficas.

### **Código Penal**

Art. 154. Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

Pena – detenção de 3 meses a um ano, ou multa.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.

Art. 269. Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória:

Pena – detenção de seis meses a dois anos, e multa.

### **Lei das Contravenções Penais**

Art. 66. Deixar de comunicar à autoridade competente: (...)

II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal:

Pena – multa.

### **Código de Processo Penal**

Art. 207. São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

### **Código de Ética Médica**

XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

*É vedado ao médico:*

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito (Alterado pela Resolução CFM n.º 1.977/2012);

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

## 5.1. INTRODUÇÃO

O sigilo médico é o mais antigo e universal princípio da tradição médica. Sua obrigação encontra-se fundamentalmente no mais remoto e sagrado documento médico: O *Juramento de Hipócrates*, onde em certa parte se lê: “O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo”.

Da maneira como está colocado o segredo no *Juramento* equipara-se a uma espécie de contrato entre os mestres de Cós e os neófitos de Asclepiades. Por isso, traduz uma obrigação quase religiosa, não repousando em bases jurídicas, nem sobre uma noção de ordem pública.

É claro que existe um interesse comum na tutela do segredo, pois a discrição e a reserva de certos fatos assimilados no exercício de uma profissão visam à proteção e à defesa dos bens morais e materiais, e o estado está diretamente interessado em que o indivíduo encontre amparo e guarida na inviolabilidade desse sigilo. Há também, por certo, um interesse coletivo.

Por isso, o médico de hoje não pode deixar de aceitar o fato de que, nas sociedades organizadas, a medicina se converte, queira ou não, num autêntico serviço público, com suas conveniências e inconveniências, pois a vida e a saúde das pessoas são tuteladas pelo estado como um bem comum.

A própria Medicina, pelos impressionantes progressos do momento, impõe uma evolução que, pouco a pouco, vai substituindo uma deontologia clássica e universal por um sistema de normas adaptáveis à realidade atual, mas que nem sempre os médicos aceitam. Chega-se a admitir que, hoje em dia, o sigilo médico deve tolerar certas limitações, pois prevalece no espírito de quase todos o interesse coletivo sobre o interesse particular.

Quando as cirurgias de transplante de coração são televisionadas e quando a imprensa noticia, diariamente, de forma sensacional e chocante, os célebres boletins, a medicina de agora não pode ser comparada àquela praticada pelos mestres de Cós. O sigilo médico, entre uma época e outra, não é o

mesmo. É ele, talvez, nos dias que correm, o mais discutido e controvertido problema deontológico, em virtude dos múltiplos e variados aspectos que se oferecem. Os princípios éticos e jurídicos estabelecidos não se apresentam, muitas vezes, fáceis quanto à sua aplicação prática, em determinadas circunstâncias. Opostamente a outros assuntos deontológicos, o sigilo médico assume aspectos inteiramente filosóficos.

## 5.2. ASPECTOS LEGAIS

Nossas leis, ao tratar do segredo profissional, não fazem do sigilo médico uma forma particular de segredo. Há certas profissões, no entanto, que, pela sua própria natureza e circunstâncias, estão sujeitas a uma forma mais rígida de exigências, traçada pela tradição e pelos costumes. A medicina é uma delas.

Para a caracterização do delito de quebra do sigilo, faz-se necessário:

1. *Existência de um segredo.* O segredo é o fato conhecido por alguém ou por um número limitado de pessoas interessadas na sua inviolabilidade, às quais a divulgação poderia causar certos danos. É uma maneira de assegurar a vontade e o interesse, de forma expressa ou tácita, de que sejam mantidos em caráter sigiloso determinados assuntos que trariam inevitavelmente prejuízo de ordem moral ou material.

2. *Conhecê-lo em razão de função, ofício, ministério ou profissão.* Sigilo médico é o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos de que tomou conhecimento em face de sua profissão, com as ressalvas feitas aos casos especiais.

Porthes afirmava: “Não há medicina sem confidências, não há confidências sem confiança, e não há confiança sem segredo”.

O objetivo do sigilo médico é estabelecer a confiança do paciente, cujas informações são fundamentais para assegurar um relacionamento tranquilo e um tratamento eficiente.

O notável progresso da Medicina e o número cada vez mais crescente de especialistas a serviço dos doentes trouxeram, inevitavelmente, uma nova estruturação no relacionamento médico-paciente.

3. *Ausência de justa causa.* Por “justa causa” entende-se o interesse de ordem moral ou social que autorize o não cumprimento de uma norma, contanto que os motivos apresentados sejam, na verdade, justificadores de tal violação.

O conceito de “justa causa” confunde-se com a noção do bem e do útil social, quando capazes de legitimar um ato proibido. Está voltada aos interesses coletivos e defendida por específicas preocupações, nobres em si mesmas, condizentes com as prerrogativas conquistadas pela sociedade organizada. Enfim, é o fato cuja ocorrência torna lícita a coação.

Pode-se dizer que o universo da “justa causa” é muito amplo. Está nos fatos triviais da convivência humana, na decisão de quem exerce uma atividade essencial ou na proletária tragédia de cada homem ou de cada mulher.

Muitos entendem necessário estar a “justa causa” prevista em lei. Todavia, poucas são as situações expressamente apontadas na norma. A maioria está explícita no estado de necessidade, na legítima defesa, no exercício regular do direito e no estrito cumprimento do dever legal.

Há casos de quebra do sigilo profissional já consagrados nos Códigos e na Jurisprudência. Assim é nas declarações de nascimento e de óbito, nas sevícias de menores, nas perícias e pareceres médico-legais, nas notificações de doenças transmissíveis e de acidentes de trabalho e nos casos de crimes de ação pública, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal.

Entretanto, há uma multidão incalculável de acontecimentos e situações que não está normatizada e por isso tumultua a nossa consciência e desafia os mais experientes. Essas dúvidas devem-se, cada vez

mais, à inevitável contrapartida das galopantes conquistas da medicina moderna. Hoje, a relação médico-paciente não é mais um tímido diálogo entre a ciência e a necessidade. A medicina-arte agoniza nas mãos da medicina-ciência.

Desse modo, sobre o que está consentido nos diversos diplomas éticos ou legais, não há o que contestar. E o que não está, quando a decisão for de caráter inadiável e imprescindível, não há outro caminho senão fazer da consciência médica o tribunal decisório. Justifica-se pelo estado de necessidade de terceiro.

Nesse particular, fica entendida a “justa causa” como o interesse de ordem política ou social que autorize o não cumprimento do sigilo, mesmo sabendo-se que em tese essa violação corresponde ao constrangimento de uma conquista da liberdade individual, pois a privacidade de cada indivíduo é um princípio consagrado em todas as sociedades organizadas, um imperativo de ordem constitucional e um ganho amplamente protegido pelo direito público. Assim, mesmo que o segredo médico pertença ao paciente como uma conquista da própria sociedade, há de se entender que esse conceito é relativo, pois o que se protege não é a vontade caprichosa e exclusivista de cada um isoladamente, mas a tutela do bem comum, os interesses de ordem pública e o equilíbrio social. O que a lei proíbe é a revelação ilegal, que tenha como motivação a má-fé, a leviandade e o baixo interesse.

O certo é que o exercício prático da medicina, na angústia e no desespero de determinados instantes, é inconciliável com alguns conceitos mais exigentes, capazes de aparelhar uma atividade cercada por situações tão dramáticas e tão circunstanciais. Desse conflito, ante as incompatibilidades das concepções médicas e jurídicas, deve prevalecer o respeito às necessidades imediatas.

4. *Possibilidade de dano a outrem.* Não é necessário para a caracterização do delito de quebra do sigilo que os prejuízos venham a ser concretizados. Basta, simplesmente, a possibilidade concreta de dano.

5. *Existência de dolo.* O crime é sempre punido por dolo. Nunca por culpa, pois faltariam os elementos necessários para sua violação.

Assim, o médico que, por esquecimento, deixa um envelope contendo resultados de exames subsidiários que levem alguém a conhecer determinada doença de outrem não comete, com a sua negligência, o delito de violação do segredo. Como, também, se, ao confidenciar com um colega sobre o mal de um paciente, for ouvido por terceiros. O mesmo deve-se dizer quando a quebra desse sigilo seja motivada por coação física ou moral.

Finalmente, deve-se entender que numa profissão de aspectos tão pessoais e complexos como a Medicina nem sempre é fácil aceitar uma intervenção mais racional e inflexível. As relações médico-jurídicas nem sempre são coerentes e podem apresentar-se como fontes de conflito: de um lado, a tradição do médico amparada pelo seu Código de Ética, tendo como espinha dorsal o documento hipocrático, e, de outro, o legislador e o magistrado com os imperativos legais, capazes de salvaguardar o interesse da comunidade.

### **5.3. ESCOLAS DOUTRINÁRIAS**

Sobre o segredo profissional médico, existem três correntes doutrinárias:

1. *Escola Absolutista* – Aquela que impõe um sigilo absoluto, em todos os casos, em qualquer situação, mesmo que, à sombra desse sigilo, a inocência seja perseguida ou o crime protegido.

Paul Brouardel, que foi talvez o mais intransigente defensor dessa teoria, afirmava: “É um dever imperioso. Se um médico se encontra diante de um criminoso que vem pedir seus cuidados, qualquer que

seja a sua emoção, sua indignação, deve lembrar que a legislação quer que o homem, por indigno que seja, possa receber cuidados com toda segurança, ainda que o silêncio comprometa os interesses da justiça. O médico não deve ver nesse honrem senão um enfermo e, por conseguinte, não pode converter-se em seu denunciante. A obrigação do segredo não é facultativa, é absoluta”.

Francisco de Castro, em *Discursos* (Rio, 1902), proclamava: “Esse segredo ou há de ser formal e absoluto, ou, se não o for, não passará de um embuste grosseiro, de uma arlequinada indecorosa, de uma farsa infamante de um homem de bem”.

Baltazard, sobre o segredo, concluía que “seria desejável que a legislação fizesse distinção nítida entre a revelação do sigilo, feita no propósito de prejudicar os doentes, e o testemunho de justiça, cuja oportunidade seria deixada à consciência do médico. O doente poderia sempre desligar o médico de seu segredo; o médico, por seu turno, evitaria pronunciar-se de modo a prejudicar o cliente”. Grenet afirmava: “Seria perigoso entrar no caminho das atenuações”.

Portanto, sigilo médico, defendido em termos absolutos, tem o mesmo conceito da confissão, que o Direito Canônico consagrou e prescreveu com o máximo rigor, nas palavras de Santo Agostinho: “O que sei por confissão sei-o menos de que aquilo que nunca soube”.

Porém, o sigilo absoluto seria uma solução prática e demasiadamente simplista para os interesses sociais, em que estão em jogo os direitos de uma comunidade. Os médicos, como profissionais, têm deveres e obrigações que os colocam acima das transigências individuais, pois sua ciência e sua arte assumem, dia a dia, um caráter público.

Silenciar quando um inocente é condenado – quando o médico poderia estabelecer a verdade, é um contrassenso, um absurdo, uma cumplicidade.

2. *Escola Abolicionista* – Tem como defensores intransigentes Charles Valentino e George Jacomet, em que o primeiro tem o sigilo como uma farsa entre o doente e o médico, estranhando que a lei proteja o interesse de uma pessoa em prejuízo dos interesses da coletividade.

Essa estranha e inconcebível corrente tem poucos adeptos.

3. *Escola Intermediária* – Anda entre uma e outra doutrina, aceitando o sigilo médico relativo, fundamentando-se em razões jurídicas, éticas, morais e sociais.

Se uma das finalidades da Justiça é estabelecer a verdade, o silêncio pode ser considerado cumplicidade e um obstáculo à ação da lei.

O certo é que o sigilo médico absoluto inexistente em nossos dias. Os boletins médicos fornecidos à imprensa sobre diagnósticos e principalmente sobre as condições de pessoas de certa projeção, ou sobre cirurgias de publicidade exagerada, vêm transformando o sigilo médico em letra morta, quando se deixa o paciente em plano secundário, procurando-se destacar uma técnica e uma habilidade como manobras heroicas e salvadoras de determinadas situações.

O caráter de inviolabilidade e sacralidade surge, nos tempos atuais, como contraditório em várias ocasiões do exercício profissional. Essa sacralização do segredo, essa assimilação da relação médico-paciente ao sacramento da confissão, essa elevação do silêncio do médico a uma virtude transcendente, esse fato de a violação do segredo ser tida ao nível de pecado, são coisas que não podem jamais ser admitidas, nem mesmo pelos teólogos católicos. O sigilo é de ordem natural e racional; a confissão é de ordem sacramental e transcendente.

O crime de quebra do sigilo está descaracterizado quando sua revelação fundamenta-se na justa causa, no estrito cumprimento do dever legal ou na autorização expressa do paciente. O estado não pode deixar de contar, na luta contra o crime, com um dispositivo ao seu alcance, em defesa da ordem pública e do bem social. Torna-se um dever imperioso, de todas as pessoas, fornecer à autoridade, no momento

devido, todos os meios necessários à ação judiciária. O dever moral de ajudar na repressão transforma-se em dever legal, e a omissão voluntária se volta contra a lei, por comprometer o sistema coativo.

Assim, desde que o fato seja indicativo da hipótese de crime de ação pública, cujo procedimento independa de representação, ou que esse mesmo evento a ser revelado não venha expor o cliente a procedimento delituoso, está o médico obrigado a revelar, principalmente quando esta revelação vem trazer elementos conclusivos na apuração de inquéritos onde se averiguam interesses superiores, no âmbito do direito público. Esse dever de colaborar com o exercício do poder coativo do estado frente à antijuridicidade, na proteção de prerrogativas imprescindíveis da conveniência social, vem mostrar-se ainda mais imperioso quando tratar-se de um corpo médico, a serviço da Administração Pública.

No entanto, é sempre necessário repetir que a quebra do sigilo médico só pode acontecer em situações muito especiais do exercício da medicina, ou quando a lei diz que um interesse superior exige tal violação.

Entre outras situações referidas em lei, está o médico obrigado a denunciar à autoridade competente o crime de ação pública de que teve conhecimento no exercício da profissão, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal. Desta forma não há negar o dever das instituições hospitalares de prestarem os esclarecimentos necessários à autoridade policial ou judiciária, sobre provas materiais de crime de ação pública, estritamente imprescindíveis à realização dos inquéritos policiais.

Um psiquiatra chamado a depor num Tribunal de Maryland, acerca de fatos ligados à sua atividade profissional, sobre assuntos de seu paciente, foi denunciado pelo Colégio de Médicos e Cirurgiões do Estado de Maryland, o qual exigia uma investigação para apurar aquilo que considerava violação dos princípios éticos e jurídicos.

A Sociedade respondeu nos seguintes termos: “Consideram os membros deste Comitê que o médico não violou as leis de Maryland, e que os interesses da nação transcendem os do indivíduo. Por outro lado, este Comitê foi informado de que o referido profissional depôs em sessão secreta ante a *House of Unamerican Activities Committee*, sendo que a divulgação ao público foi feita por este Comitê. E por isso cremos que ele atuou acertadamente, colaborando com as autoridades públicas”.

#### 5.4. OS LIMITES DO SIGILO

Mesmo com o cuidado devido na proteção do segredo médico, a verdade é que, nos dias que correm, em face dos notáveis progressos verificados no campo médico e das mudanças de costumes, há uma nova disposição no relacionamento médico-paciente. A clássica concepção de sigilo profissional absoluto vem sendo contestada diante dos irrecusáveis interesses de ordem pública.

Assim, o médico de hoje não pode deixar de aceitar o fato de que, nas sociedades modernas e organizadas, a ciência médica se converte, queira ou não, num autêntico serviço público, com suas conveniências e inconveniências, pois a vida e a saúde das pessoas são tuteladas como um bem comum.

A própria evolução da medicina, nos impressionantes avanços do momento, impõe um repensar que, pouco a pouco, vai substituindo uma deontologia clássica e universal por um sistema de normas adaptáveis à realidade que se vive, mas que nem sempre todos os médicos aceitam. Chega-se a admitir que, hoje em dia, o sigilo médico deve tolerar certas limitações, pois prevalece no espírito de quase todos os interesses da sociedade e da justiça sobre o interesse particular.

Quando alguns atos médicos são televisionados ao vivo e quando a imprensa noticia, diariamente, de forma sensacional e chocante os célebres *boletins* sobre as condições de pessoas de certa projeção, o

sigilo médico vai perdendo seus fundamentos mais radicais.

O conceito absoluto de segredo, com o caráter de inviolabilidade e sacralidade, surge nos tempos atuais contraditório em vários momentos do exercício profissional. Essa sacralização do segredo, essa assimilação da relação médico-paciente ao sacramento da confissão, essa elevação do silêncio do médico a uma virtude transcendente, esse fato de a violação do segredo ser tido ao nível de pecado são coisas que não podem ser admitidas nem mesmo pelos teólogos mais exigentes. O sigilo médico é de ordem natural e racional; a confissão é de natureza sacramental e transcendente.

Também não se podem defender as ideias abolicionistas do sigilo quando se o compara a uma farsa entre o doente e o médico, ou quando se censura a proteção de um interesse individual em prejuízo dos interesses coletivos. Essa estranha e inconcebível corrente não deve ter muitos adeptos.

O que deve prevalecer atualmente é o fato de ser o sigilo médico relativo, sendo sua revelação sempre fundamentada por razões éticas, legais e sociais, e que isso venha ocorrer com certa cautela e em situações muito especiais do exercício da medicina, quando se diz que um interesse superior exigiu tal violação.

## 5.5. QUANDO SE DIZ QUE NÃO HOUE QUEBRA DO SIGILO

No mundo inteiro as normas éticas e jurídicas consagram a inviolabilidade do segredo médico. O objetivo dessa proteção não é só estabelecer a confiança do paciente, cujas informações são fundamentais para assegurar um diagnóstico correto e uma terapêutica eficiente: é também por um imperativo de ordem pública e de equilíbrio social.

Todavia, há situações em que a revelação do segredo médico é tolerada: por justa causa, por dever legal e por autorização expressa do paciente.

Pode-se dizer que *justa causa* é o interesse de ordem moral ou social que autoriza o não cumprimento de uma regra, contanto que os motivos apresentados sejam relevantes para justificar tal violação. Fundamenta-se na existência do estado de necessidade. Confunde-se seu conceito com a noção do bem e do útil social, quando capazes de legitimar um ato coativo. Está voltada aos interesses individuais ou coletivos e defendida por reais preocupações, nobres em si mesmas, e condizentes com as prerrogativas oriundas das conquistas de uma sociedade organizada. Enfim, é o ato cuja ocorrência torna lícita uma transgressão.

O universo da *justa causa* é muito amplo e por isso nem sempre é fácil estabelecer seus limites. Está muitas vezes nos fatos mais triviais da convivência humana, na decisão de quem exerce uma atividade especial ou no conflito das proletárias tragédias do dia a dia. É claro que não pode existir uma abertura excessiva em seu conceito se não ocorrerá a debilidade da ação coativa.

Por outro lado, entende-se por *dever legal* a quebra do sigilo por obediência ao que está regulado em lei, e o seu não cumprimento constitui crime. No que concerne ao segredo médico, pode-se dizer que poucas são as situações apontadas na norma como, por exemplo, a notificação compulsória de doenças transmissíveis, tal qual está disciplinada na Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, e no Decreto n.º 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961.

Finalmente, diz-se que não há infração por quebra do sigilo médico quando isso se verifica a pedido do paciente maior e capaz, ou, caso contrário, de seus representantes legais. Ainda assim, recomendamos que essa ruptura do segredo seja precedida de explicações detalhadas, em linguagem acessível, sobre sua doença e sobre as consequências dessa revelação. Isso porque, em certas ocasiões, tal declaração pode trazer ao paciente prejuízo aos seus próprios interesses. Muitos aconselham até que esse pedido do

paciente, quando da revelação do segredo, seja por escrito, por livre manifestação e mediante um consentimento esclarecido. De qualquer forma, nos atestados ou relatórios, deve constar sempre que a revelação das condições do paciente ou do seu diagnóstico foi a pedido dele ou de seus responsáveis legais.

## **5.6. CONFLITOS ENTRE O MÉDICO E O SEGREDO**

O primeiro conflito entre o médico e o segredo é o que envolve sua profissão e o seu compromisso histórico. Ao lado da obrigação de curar o paciente, tem o médico o dever de proteger outros valores de ordem coletiva. Assim, se ele trata de um enfermo portador de tuberculose, e sabe que o mesmo convive diretamente no seu ofício com outras pessoas e se recusa a afastar-se do trabalho, tem o profissional a obrigação de informar o fato à autoridade competente.

O segundo tipo de conflito é entre o médico e seu próprio paciente, na tentativa de salvaguardar os interesses deste. Por exemplo: se um psiquiatra tem certeza de que seu paciente tem tendência para o suicídio, é seu dever comunicar esse fato aos seus familiares.

Finalmente, existe o conflito entre o médico e os imperativos de ordem legal. Parece à primeira vista de fácil solução, quando se pensa estarem na lei todas as situações. No entanto, há circunstâncias tão delicadas que o profissional fica na dúvida quanto à forma de revelação, isto é, se deve informar só o necessário ou se é seu dever esclarecer todos os pormenores. Uns acham que o médico deve informar apenas aquilo que se pergunta, e outros defendem a ideia de que deve entregar todo relatório clínico que tenha em seu poder, ficando, dessa maneira, livre de qualquer responsabilidade futura, no tocante aos aspectos judiciais.

O grande problema nesses conflitos de interesses está no fato de que, com a responsabilidade de revelarem-se todas as confidências em determinadas situações, venha o paciente a perder a confiança em seu médico, omitindo certos aspectos que possam ser úteis no relacionamento médico-enfermo.

## **5.7. PRIVACIDADE E SIGILO EM INFORMÁTICA MÉDICA**

Embora estejamos ainda nos primórdios da Informática, já são concretos os recursos do processamento eletrônico de dados, não só nas atividades administrativas, mas, também, no conjunto das necessidades do homem, notadamente no campo da biomédica e dos serviços de saúde.

Sabe-se de antemão que seu emprego em medicina esbarrará num sério obstáculo: como resolver a questão do raciocínio aproximado, quando tudo ou quase tudo se fundamenta na formulação de hipóteses, em que o programador cria um padrão básico e decide sobre a escolha da versão ou das versões finais.

Mesmo assim, ninguém discute hoje a grande contribuição que a Informática vem emprestando à Medicina: no uso dos pacotes estatísticos para análise de problemas epidemiológicos, no registro de dados médicos em pacientes de ambulatório ou hospital, na utilização de calculadores em programação estatística, na automatização de exames laboratoriais e imagiológicos, na sistematização da gerência hospitalar ou consultorial, no planejamento da terapia de massa, além de outros recursos utilizados na pesquisa e no ensino médico.

A verdade é que o diagnóstico médico computadorizado tem sensibilizado clínicos e programadores de sistemas a se debruçarem mais detidamente sobre a questão. Mesmo que exista um grande número de projetos de pesquisa nesse setor, o assunto permanece no terreno das especulações, onde se confrontam ainda os métodos tradicionais com as propostas da Cibernética atual. Apesar de todo avanço e das

necessidades de atender às grandes demandas, o certo é que dificilmente se alcançará o nível do diagnóstico humano. No entanto, o sistema computadorizado apresenta uma maior capacidade de absorção e sofisticação dos programas, uma grande quantidade de informações fora do alcance do especialista e uma espantosa rapidez de cálculos. Ao lado disso, não se podem omitir os riscos da superdependência da máquina e a discutível perda de tempo com os fatos típicos.

Por outro lado, não de existir determinados critérios, se não o homem poderá ter sua vida controlada pela máquina, ficando à mercê de uma nova ordem de burocratas e programadores, capazes de concentrar em suas mãos um terrível poder: o da informação. E, assim, pode-se correr o risco de todo cidadão ser transformado em prisioneiro do estado ou em vítima das injúrias eletrônicas, com a possibilidade de ser manipulado por interesses dominantes, em que grupos privilegiados terão o poder de pressão sobre o segmento social mais fraco, através da mentira, da fraude e da ilusão. Aí, começaríamos a penetrar num terreno ético e político muito nebuloso.

Por mais frias e racionais que sejam as formas de análise e processamento eletrônico de dados no campo da saúde, ninguém pode considerá-las impessoais. Quando todas essas informações, integradas num sistema de programação, estiverem nas mãos dos grupos dominantes, é muito fácil de entender sua capacidade de dominação. A única forma de proteção é colocar a informação no âmbito do conhecimento geral, onde cada indivíduo não só possa ter acesso ao conteúdo programado, mas, ainda, a sua forma de utilização.

Somente gerenciando politicamente a informação, desbastando a cruza e a insensibilidade da Informática, e organizando as comunidades nas suas propostas e nos seus anseios, pode-se garantir seu melhor uso na sociedade.

Portanto, o grande desempenho da computação eletrônica de dados está na sua proposta política, em que a informação retida seja capaz de mudar o pensamento e ampliar as liberdades das pessoas. O problema tecnológico ou científico é irrelevante.

Até pouco tempo, tinha-se a ideia de que toda informação sobre o corpo de alguém, inclusive a informação médica, era confidencial. E em parte é. Por isso, ninguém discute a validade de outros tipos de informações. Todavia, as de caráter pessoal necessitam ser discutidas e analisadas dentro de um sistema ético preciso, de um processo seguro e de um concurso de pessoas estritamente responsáveis.

Quanto maior for o número de informações manipuladas num programa de computador, maior será o risco da proteção da confidencialidade, através da quebra do sigilo de fatos que normalmente se quer preservar. Não existe nenhuma informação que não traga consigo uma série de consequências.

Todo homem tem o direito de se proteger da arbitrária e desnecessária indiscrição sobre fatos de sua vida, principalmente quando se admite mantê-los em segredo. E a sociedade tem de ser solidária nesse projeto, como forma de não prejudicar a vida de relação. A violação do sigilo profissional é uma circunstância que compromete a liberdade individual e os interesses de ordem coletiva.

A privacidade de um indivíduo é, pois, uma conquista consagrada em todas as sociedades organizadas, um princípio constitucional e um ganho amplamente protegido pelo direito público, regulamentado em nosso país pelo Código Penal. A natureza confidencial do relacionamento médico-paciente é aceita pelos médicos como da maior importância e exigida também pelos pacientes. Entretanto, existe uma tendência cada vez maior à intromissão do Poder Público no segredo médico.

O que se verifica na prática da manipulação de dados pessoais é a dificuldade de se adaptar as estruturas existentes da guarda do segredo médico às situações novas, agora mais e mais assimiladas pela Informática.

Mesmo assim, é preciso permanecer viva a ideia de que o segredo não é um privilégio do médico,

mas uma conquista da sociedade, no sentido de proteger a privacidade do indivíduo como base da relação confidencial entre o paciente e seu médico. Todo esforço da sociedade deve ser, portanto, no sentido de assegurar à profissão médica os meios necessários para que esse direito fundamental do cidadão seja reconhecido.

Todavia, esse conceito há de ser relativo. O que se protege não é a vontade caprichosa ou arbitrária de alguém ter a exclusiva disponibilidade dos próprios segredos. O que se tutela é o bem comum. No instante em que exista uma possibilidade concreta de dano individual ou coletivo, a vontade da manutenção do sigilo e o princípio protetor da privacidade deixam de se conciliar com o interesse comum (*princípio da beneficência*).

Vejamos algumas situações:

1. *Informação sobre prontuários médicos.* À medida que o sistema tradicional de arquivo médico vai se tornando obsoleto, e quando os prontuários médicos passam a ser cada vez mais usados nos cuidados dispensados ao paciente, o processamento eletrônico de dados nesse setor passa a ser quase incondicional. Acrescentem-se a isso a complexidade e a variedade das ações de saúde, a movimentação progressiva das populações e a necessidade de se planejar, adotar e avaliar melhor os programas. Ao lado disso, surge um número muito variado de pessoas interessadas nos registros desses prontuários que, direta ou indiretamente, está vinculado ao paciente, como familiares, médicos assistentes, administradores de instituições hospitalares e representantes do Poder Judiciário. Dessa forma, começam a ser levantadas questões ligadas ao sigilo e à proteção da privacidade do indivíduo, ainda que se reconheça o direito desses terceiros. A primeira medida a ser tomada pela instituição é ter um critério definido do uso e da revelação dessas informações, no sentido de que apenas se limitem ao essencial e ao justo fim invocado. Além do mais, que esse pedido de informação seja por escrito, que exista o consentimento também por escrito do paciente, quando capaz, ou de seu representante legal. Fora desse consentimento, apenas por solicitação judicial ou por razões de imperiosa e indiscutível relevância social ou moral.

2. *A obrigação de proteger o prontuário.* Todo paciente espera que as informações prestadas sejam mantidas como confidenciais. E é o hospital que deve promover a guarda desse sigilo, tendo o uso dessas informações a dimensão da própria necessidade do paciente. Qualquer que seja a graduação do servidor no hospital, tem ele a obrigação de manter a reserva do conteúdo do prontuário, respondendo, assim, legal e disciplinarmente, pela revelação não autorizada da informação. Por isso, não se exige a autorização do paciente para o manuseio interno do prontuário.

3. *Quando e como revelar.* As informações que necessariamente exigem a identificação do paciente só podem ser fornecidas com o seu expresso consentimento ou do seu representante legal, a não ser que a solicitação proceda em decorrência da lei ou de solicitação judiciária, ou quando as circunstâncias obriguem em favor da segurança e da saúde do paciente, em favor do bem coletivo já expresso nos regulamentos sanitários e na lei dos registros de nascimento e óbito, e da notificação compulsória de doenças transmissíveis. Ainda assim, a revelação deve se limitar ao que é necessário e relevante, tendo-se o cuidado de indicar o solicitante, os objetivos e o limite de tempo da validade da informação.

4. *O uso do prontuário na pesquisa.* Após cuidadosa análise dos propósitos, da qualidade e dos critérios da pesquisa, pode o hospital estabelecer regras no uso das informações programadas, contanto que a privacidade do informado seja preservada e o pesquisador assine um termo de responsabilidade pela quebra da confidência que devia ser mantida. Ou com a devida concordância de cada paciente.

5. *A autorização do paciente.* Quando o paciente é capaz, a melhor forma de se obter a autorização é por escrito, ou de seu representante legal quando incapaz ou menor. Todavia, essa permissão do paciente

deve ser precedida de explicações detalhadas, e em linguagem acessível, da sua doença, do seu direito de recusa, além do conhecimento de quem e por que se pede a revelação. Ou seja, o paciente deve saber o que está consentindo. Por outro prisma, saber também o que e quando se pode consentir, e o que seja representante legal, pois nem toda espécie de parentesco qualifica o indivíduo como tal. Por isso, nem toda autorização justifica uma revelação pelo médico. Basta, para tanto, que ele esteja corretamente consciente da improcedência e da inviabilidade da informação. O consentimento tem de ser analisado no conjunto dos interesses de todos quantos possam ser envolvidos.

6. *Informações sobre incapazes.* Se um indivíduo é maior de idade e exerce sua plena capacidade de fato ou de agir, tem ele o direito, dentro dos limites que a lei e os costumes permitem, de decidir sobre o que pode ou não pode ser revelado a respeito dos seus registros primário e secundário. O mesmo não acontece com os incapazes – menores de 16 anos, insanos mentais, surdos-mudos que não puderem exprimir sua vontade e os ausentes declarados por ato judicial, por não poderem exercer por si os atos da vida civil. As informações médicas relativas a cada um deles só podem ser reveladas pelos pais, se estiverem no exercício do pátrio poder. Caso contrário, para os menores de 16 anos seu representante legal será o tutor, e para os incapazes maiores de 16 anos, o curador. Os maiores de 16 e menores de 21 anos, os pródigos e os silvícolas podem prestar informações. Quando não estiverem acompanhados ou assistidos pelos seus representantes legais, e desde que não contestados, o ato de informar torna-se perfeito.

7. *Acesso à informação pelas empresas.* Mesmo que um hospital ou serviço de saúde tenha convênio de assistência médica com empresas públicas ou privadas, estas não podem ter acesso às informações pessoais dos seus empregados. Isso, além de ferir fundamente o direito da privacidade do indivíduo, jamais poderia constar como cláusula contratual, ressalvando-se, é claro, as circunstâncias que a lei prevê. Tal procedimento pode criar situações de constrangimento ao trabalhador, quando relatado seu mal, principalmente se ele é portador de doença cíclica que o afastará outras vezes do trabalho. Uma revelação dessa natureza é prejudicial ao empregado, comprometedora da fé pública e ostensivamente ilegal por se colocar em franco conflito com nossa legislação.

8. *O direito de saber sua verdade.* Em tese, o paciente tem o direito de saber todas as informações registradas num banco de dados sobre sua pessoa e sobre suas condições de saúde. Não só a verdade como a atualização do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Tudo isso em termos fáceis ao seu entendimento, fugindo-se da linguagem cifrada dos técnicos, de modo a não criar interpretações duvidosas. No entanto, se o médico admite que essas informações podem contribuir negativamente para o seu estado de ânimo, trazendo-lhe mais prejuízo que vantagens, podem essas informações ser minimizadas ou omitidas. O paciente também tem o direito de saber se o sistema que mantém suas informações é confiável e seguro, principalmente no que diz respeito às informações secundárias, ou se é capaz de identificá-lo fora do interesse médico.

9. *Tempo de guarda de informação.* Embora não exista nenhuma legislação no que se refere ao tempo de manutenção dos registros médicos de um paciente, acreditamos que cada setor de especialidade deva estabelecer seus próprios critérios de guarda desses dados. É necessário que se considerem as informações de interesse permanente, as de interesse transeunte, de doenças cíclicas, de sequelas grosseiras e as de cura permanente. Os dados relativos aos registros secundários, capazes de identificar o paciente, deverão ser mantidos, em média, por um período de cinco anos. E, se antes desse prazo o registro secundário for desnecessário e indesejável, deve ser apagado do sistema.

## 5.8. SITUAÇÕES ESPECIAIS

Há certas circunstâncias em que se discute a validade da quebra ou não do sigilo:

1. *Em causa própria*. As opiniões divergem se está excluída a antijuridicidade de quebra do sigilo quando em defesa de um interesse próprio e legítimo. Assim, por exemplo, um médico injuriado por um paciente, através do jornal, para defender-se pode revelar o sigilo profissional? Em princípio seria perigoso atribuir-se o crime, pois colocar-se-ia nas mãos de pessoas inidôneas uma arma terrível. Mesmo assim, o lugar de defesa do médico deverá ser sempre a Justiça ou seus órgãos de classe específicos, jamais utilizando-se dos meios publicitários da imprensa leiga.

2. *Estudantes de medicina*. Embora sob o ponto de vista legal pareça ser a quebra do sigilo pelo estudante um fato demasiadamente contestável, pois não há em nosso diploma legal prescrição para tanto, está ele obrigado moralmente ao silêncio daquilo que vê ou se apercebe na sua formação técnica e intelectual. Outros admitem serem os estudantes passíveis de sanção penal, pois, mesmo não exercendo eles uma profissão, estão incluídos numa forma de atividade na qual a comunidade está também interessada. Além do mais, devido às suas idades, eles são legalmente imputáveis.

3. *Revelação ao paciente*. O fato de o médico, em determinadas ocasiões, ter a necessidade de levar ao paciente o conhecimento de seu diagnóstico não pode ser considerado como quebra de sigilo. No máximo poderá acontecer uma forma de imprudência ou uma falta de misericórdia, principalmente diante de um caso grave e desesperador.

4. *Esposas de médicos*. Um dos aspectos interessantes é a situação do sigilo profissional ante as esposas de médicos. Em princípio, exige-se de quem exerce a Medicina uma alma fechada para tudo que aconteça nesta atividade. Todavia, para alguns, ninguém pode viver sem um confidente, a fim de que nas horas mais difíceis e nos momentos mais graves tenha com quem expandir-se. E essa pessoa, para nós, é sempre a esposa. Escardó, em *Moral para as Esposas de Médico*, chega a propor que se estenda a ela a necessidade das obrigações hipocráticas do sigilo, através de um compromisso moral. O certo é, entretanto, que o sigilo deve ser em princípio inviolável, somente se admitindo a sua quebra quando de um interesse maior, e nunca para o simples interesse particular ou afetivo do médico. Por isso, nossa opinião é de que essa modalidade de revelação constitui-se também numa infração.

5. *Segredo "post mortem"*. A quebra do sigilo profissional depois da morte de um paciente afigura-se-nos não um crime de revelação do sigilo, mas, unicamente, um delito de violação do respeito aos mortos, que a nossa lei tutelou, movida pelo sentimento de piedade que devemos ter diante do morto e de sua memória.

6. *AIDS e sigilo profissional*. Há um princípio fundamental na atividade profissional do médico: o sigilo pertence ao paciente e somente a ele cabe abrir mão desse direito, a não ser naquilo que o Código de Ética Médica excetua, isto é, justa causa e dever legal.

O paciente infectado pelo HIV não foge a essa regra.

Se o paciente, neste particular, manifestar o desejo de que nem seus familiares tenham conhecimento de suas condições, ainda assim cabe ao médico respeitar tal decisão. No entanto, é providencial que se exija do paciente a designação de uma pessoa de sua inteira confiança para que possa servir de intermediária entre ele e quem o assiste.

No que se refere aos comunicantes sexuais deve-se buscar a colaboração do paciente no sentido de o médico poder rastrear e controlar epidemiologicamente a doença, tudo isso feito com o cuidado de impedir a divulgação de fatos relativos à intimidade do portador de AIDS, cujos transtornos de ordem pessoal devem ser evitados. Se o paciente se recusa a revelar aos comunicantes sexuais sua condição de infectado pelo HIV, é legítimo o direito do médico de passar tais informações, pois aí está caracterizada a justa causa.

Por outro lado, é justificável a notificação obrigatória pelo médico às autoridades sanitárias de todos os casos clinicamente suspeitos ou com diagnóstico confirmado de AIDS. No entanto, casos de portadores de sorologia positiva sem apresentar um quadro clínico da síndrome não devem ser notificados, com exceção dos doadores de sangue ou doadores de órgãos ou tecidos.

7. *Segredo e perícia médica.* O artigo 205 da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, impõe, como dever legal, que “o atestado e o laudo de junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidentes em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no artigo 186, § 1.º”.

O artigo 186, inciso I, desta mesma Lei, diz que o servidor será aposentado por invalidez permanente, com proventos integrais, quando decorrente, entre outras, do que estabelece seu § 1.º: “(...) tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS, e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada”.

Deste modo, os médicos que participam em Perícias e Juntas Médicas Oficiais, considerando a necessidade do andamento habitual dos processos, estão autorizados legalmente a revelar de forma textual a lesão verificada em acidentes no serviço, as doenças profissionais e as chamadas doenças graves, contagiosas ou incuráveis descritas acima, não necessitando, portanto, enquadrá-las em rótulos genéricos de “invalidez permanente por acidente em serviço” ou “doença grave e contagiosa prevista em lei”, entre outros.

Entende-se que o serviço público não poderia satisfazer seus interesses burocráticos apenas com a alegação de um diagnóstico vago, diante de situações tão sérias, nem seria justo que o incapacitado ficasse permanentemente sob suspeita do ser ou não portador de uma das patologias amparadas em lei.

Por fim, deve ficar claro que, nas situações acima referidas, o médico que participa da Perícia ou de Juntas Médicas Oficiais não comete infração ao quebrar o sigilo profissional, pois está amparado numa das situações de que trata o artigo 73 do Código de Ética Médica – no *dever legal*, tendo em vista não só viabilizar o interesse do servidor inválido, mas, também, a proteção da ordem pública e do interesse coletivo.

8. *Requisição de prontuários.* A obrigação da guarda do segredo médico também se estende aos prontuários e fichas hospitalares ou ambulatoriais, e aqueles que não cumprirem tais fundamentos estão sujeitos às penas do artigo 154 do Código Penal brasileiro.

Desta forma, não existe qualquer argumento para que médicos ou funcionários de entidades nosocomiais públicas ou privadas enviem os prontuários dos pacientes, sejam quais forem os solicitantes, até porque não há em nossa legislação qualquer dispositivo que nos obrigue a isso.

Com esse pensamento, sentenciou o Superior Tribunal Federal no *Habeas Corpus* n.º 39.308, de São Paulo, em cuja emenda se lê: “Segredo Profissional: constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais”.

No entanto, por solicitação do paciente e em sua própria defesa, admite-se que o médico não comete infração de quebra do sigilo profissional se ele testemunhar ou apresentar prontuários, papeletas ou boletins. Também não se pode negar ao perito do juiz acesso a esses documentos.

Entendemos ainda que as instituições prestadoras de serviços médicos não estão obrigadas a enviar seus prontuários, mesmo por empréstimo, aos seus contratantes públicos ou privados. Assim está estabelecido no Parecer-Consulta CFM n.º 02/1994.

9. *Revelação de crime.* A lei nos obriga comunicar à autoridade competente os crimes de ação pública que independa de representação e desde que essa comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal. Isto está previsto no inciso II do artigo 66 da Lei das Contravenções Penais.

Um dos casos mais comuns em nossa atividade é a constatação de prática criminosa de aborto, e, pelo visto, não se pode denunciar a paciente, pois ela está sujeita a procedimento processual. O mesmo não se dá, por exemplo, se é constatada a indução a suicídio ou a prática de abortamento à revelia da mulher. “O dever de sigilo é devido à paciente e não ao seu algoz”, *apud* Hungria, in Mendes, Aborto médico, *Arq. Cons. Reg. Med. PR.*, n. 12 (46), p. 105-112, 1995.

10. *Informação à autoridade sanitária.* O médico está, por determinação legal, obrigado a comunicar às autoridades sanitárias competentes a constatação de doenças infectocontagiosas, sob pena de responder penalmente por crime de omissão de notificação de doença cuja comunicação do registro é compulsória. Fundamenta essa imposição a necessidade de proteção da saúde pública, cuja importância é de indiscutível interesse, de acordo com a ordem jurídica estabelecida.

11. *Privacidade e sigilo em informática médica.* Hoje já contamos com recursos bem concretos nos sistemas de processamento eletrônico de dados, não só para as tarefas administrativas dos hospitais, mas, também, para o conjunto das necessidades das ações de saúde. No entanto, quando todas essas informações, integradas num sistema de computação, estiverem nas mãos de grupos inescrupulosos, é muito fácil entender o perigo da manipulação. Desse modo, todo cidadão poderá ser transformado em prisioneiro da cibernética ou em possível vítima de injúrias eletrônicas.

A primeira medida a ser tomada pelas instituições de saúde é estabelecer um critério definido do uso e da revelação dessas informações, no sentido de que apenas se limitem ao essencial e ao justo fim invocado, e que se omitam, ao máximo, os detalhes pessoais nos programas usados pelos sistemas de saúde.

Os pacientes esperam que as informações prestadas sejam mantidas como confidenciais. Além disso, aguardam também que as informações solicitadas sejam restritas ao que é necessário e relevante, e que se tenha o cuidado de pedir sempre o seu consentimento quando da revelação de dados. Mesmo na pesquisa, quando seus critérios e objetivos estiverem bem definidos nos *protocolos de investigação*, ainda assim o hospital ou o serviço de saúde deve criar regras claras para o uso das informações programadas, fazendo com que o pesquisador assuma compromissos com a inviolabilidade das confidências e que haja autorização esclarecida de cada paciente incluído no projeto. Esse consentimento é fundamental e a forma mais correta de obtê-lo é através de autorização por escrito, antecedida de esclarecimentos detalhados e de linguagem acessível, em que fiquem claros seus direitos de recusa e de desistência em qualquer fase da pesquisa, além da garantia de continuidade do tratamento pelos métodos convencionais. Nos casos permitidos de pesquisa em pacientes menores de idade ou incapazes, deve haver o consentimento esclarecido do seu responsável legal.

12. *Tempo de guarda da informação.* Embora não exista em nossa legislação nenhum dispositivo que regule o tempo de manutenção dos registros médicos de um paciente, acreditamos que cada setor de especialidade deva fixar seus próprios critérios para a guarda desses dados. É interessante que se estabeleça o que é de interesse permanente e o que é de interesse passageiro para o paciente, no que se refere à guarda dessas informações. Certos dados relativos aos registros secundários, capazes de identificar o paciente e que não apresentam importância significativa, deverão ser mantidos em média por um prazo de cinco anos.

13. *O sigilo médico e a imprensa.* Quando se pede que a imprensa seja compreensiva com as questões do sigilo profissional médico, não estamos querendo impossibilitar a divulgação dos fatos ou

impedindo que outros profissionais exerçam suas atividades. Mas que cada coisa seja colocada no seu devido lugar: no interesse do conjunto da sociedade, que necessita das informações; e no respeito à dignidade de cada um, que reclama sua privacidade. Acreditamos que a Medicina e a Imprensa, no que tange às informações, têm um débito para com a verdade. Os médicos, pelo seu hermetismo contumaz, têm negado aos órgãos de informação fatos que são importantes para a prevenção de tantos males, preferindo a divulgação de seus feitos pessoais mais emocionantes. Os profissionais da imprensa, por sua vez, utilizam-se do sensacionalismo e nem sempre se mostram interessados nos programas capazes de promover mudanças mais significativas.

14. *O segredo no atestado médico.* Sempre foi uma questão polêmica o fato de se poder ou não declarar o diagnóstico nos atestados médicos. Alguns acham que o médico deve omitir sempre esse diagnóstico. Outros admitem que a quebra é necessária, principalmente no interesse funcional do paciente ou de seus privilégios securitários. No entanto, se levarmos em conta a determinação do Código de Ética Médica, vamos observar que esse diagnóstico só pode ser consignado, nominalmente ou em código, nas três situações ali admitidas: *justa causa, dever legal e autorização expressa do paciente*. Tal decisão está assinalada nos Pareceres-Consultas CFM n.º 11/1988, 25/1988 e 32/1990.

15. *O segredo no boletim médico.* No tocante ao segredo nos boletins médicos, há os que defendem pacificamente a ideia da divulgação detalhada da enfermidade e da evolução clínica do enfermo, com mais razão se ele é pessoa influente ou estimada. Isto para que a sociedade tenha conhecimento de suas verdadeiras condições. Outros admitem que, por mais importante que seja o paciente em vida ou após a morte, deve-se a ele o respeito às circunstâncias de natureza privada e que o médico deve orientar-se pelos princípios deontológicos que regem o segredo profissional. Entre uns e outros há os que defendem a administração política do fato como forma de proteger e resguardar os interesses de ordem pública, de assegurar a ordem social e de manter o equilíbrio emocional das populações, entendendo que o *boletim médico* é um expediente inevitável. Enfim, como ele é incontornável, que seja sóbrio, objetivo e verídico, rigorosamente fiel ao que dispõem as regras do sigilo profissional.

16. *O segredo e a cobrança judicial de honorários.* Em princípio não há reparo qualquer a fazer ao médico que se socorre do Poder Judiciário para receber seus honorários, principalmente quando foram esgotados os meios extralegais. Recomenda-se, no entanto, que mesmo em tais situações o médico não deva quebrar o sigilo, relatando o diagnóstico ou certas particularidades do paciente.

17. *Segredo compartilhado.* Há situações em que várias pessoas são interessadas na manutenção de um mesmo segredo. Como exemplo o caso de uma fecundação assistida heteróloga, onde tanto o doador do sêmen como os pais e a criança concebida são titulares de direito deste segredo. Por outro lado, nenhum deles isoladamente poderá abrir mão do sigilo, a não ser que haja o consenso de todos os envolvidos como capazes de consentir. Ainda assim, neste caso em particular, há quem afirme não estar o médico obrigado a tal revelação, a não ser diante de justa causa e dever legal.

18. *Intimidade genética.* Um dos grandes desafios do futuro será a capacidade de se conhecer, através da chamada medicina preditiva, certas informações advindas da sequência do genoma, onde a capacidade de prevenir, tratar e curar doenças poderá se transformar numa oportunidade de discriminar pessoas portadoras de certas debilidades. Se estas oportunidades diagnósticas forem no sentido de beneficiar o indivíduo, não há o que censurar. No entanto, estas medidas preditivas podem ser no sentido de excluir ou selecionar qualidades por meio de dados históricos e familiares, como nos interesses das companhias de seguro; isto pode ter um impacto negativo na vida e nos interesses das pessoas.

O mais grave nisto tudo é que as enfermidades ditas poligenéticas ou multifatoriais podem ou não se desenvolver, ficando o indivíduo discriminado apenas pela ameaça de risco que ele corre de contraí-las.

O primeiro risco que corremos é o de natureza científica pois não temos ainda o conhecimento bastante para determinadas posições de natureza genética, o que pode redundar em medidas precipitadas que no mínimo trarão ainda mais discriminação, mesmo que isso não passe de um fator de risco.

Outro fato é que existe um conjunto de doenças que poderão ser diagnosticadas num futuro bem próximo; todavia, não se contará tão cedo com soluções exatas e eficazes, principalmente no que concerne a um sistema público de saúde. Muitas serão as oportunidades em que o único tratamento será à base de medidas eugênicas através do aborto.

Some-se a isso a possibilidade do conhecimento preditivo de doenças graves e sem tratamento criar no indivíduo condições para as perturbações de ordem psíquicas ou fazer com que ele tome medidas radicais, como, por exemplo, a de não ter filhos, desagregar a família e sofrer prejuízos econômicos. Isto não quer dizer, é claro, que se deva abrir mão dos meios que impulsionem a medicina preditiva, mas que se busque mecanismos que diminuam seus efeitos negativos e discriminatórios.

Fica evidente que, mesmo existindo um futuro promissor advindo destas conquistas, seria injusto não se apontar relevantes conflitos de interesses os mais variados que poderiam comprometer os direitos humanos fundamentais. É preciso que se encontre um modelo racional onde as coisas se equilibrem: de um lado o interesse da ciência e de outro o respeito à dignidade humana.

Por fim, é sabido que num estado democrático de direito não existe nenhuma prerrogativa individual que possa ter proteção absoluta, principalmente quando se admite também a proteção dos direitos fundamentais de terceiros. Isto, quando reconhecido, impõe limites ao princípio da autonomia. Assim, por exemplo, quando a vida e a saúde de terceiros estão seriamente ameaçadas pela negativa de informações individuais, a quebra do direito da intimidade justifica-se, baseada no princípio do estado de necessidade de terceiros. Este dever de solidariedade pública só estaria motivado quando diante de uma situação excepcional e plenamente justificada.

Sempre que houver um conflito entre um interesse coletivo e um interesse privado, deve-se agir com prudência e ponderação, tendo em conta sempre a possibilidade do uso de medidas menos graves. Deve-se entender também que existem limites na intromissão da intimidade individual.

## **5.9. SEGREDO MÉDICO: OBRIGAÇÃO QUANDO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO**

Tem sido matéria controvertida se o sigilo imposto refere-se somente aos fatos revelados pelos doentes confidencialmente, ou também aos outros fatos que, de uma ou outra maneira, cheguem ao conhecimento do médico quando do exercício profissional. A se louvar no *Juramento de Hipócrates*, que manda calar apenas “os segredos que lhe forem confiados”, tem-se a ideia de que estaria o profissional obrigado a manter sigilo apenas daquilo que foi objeto da confidência do paciente.

Assim, sigilo médico é o silêncio a que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos dos quais tomou conhecimento quando esteve na relação médico-paciente; portanto, no pleno exercício de sua profissão. E por segredo médico o fato para o qual se exige o sigilo quando durante suas atividades profissionais.

Pelo visto, se o médico não está no efetivo exercício de um ato médico, pode até vir a responder por aquilo que qualquer cidadão responderia quando diante de um relato descabido e inverídico, mas nunca como infrator por quebra do sigilo médico.

Basta a redação do artigo 73 do Código de Ética Médica: “É vedado ao médico: revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Fica bem evidente que deve prevalecer não só a qualidade da informação prestada, mas acima de tudo que o médico esteja não apenas qualificado para o exercício de sua profissão, senão também que esteja no específico exercício da medicina. Em tal avaliação o que se leva em conta é a quebra de uma confiança na relação contratual do médico com o paciente e a forma como isso se traduz e repercute como infringência aos dispositivos daquele diploma ético.

Se analisarmos ainda a redação do artigo 154 do Código Penal, vamos ver que o entendimento não pode ser diferente: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena de detenção de 3 meses a um ano ou multa”. Mais uma vez se vê o cuidado do legislador de especificar de maneira clara que a infração se verifica sempre que a revelação do fato se dê “em razão de função, ministério, ofício ou profissão”. Ou seja, se alguém revela um fato verdadeiro que sabe na exclusiva condição de cidadão, igual aos demais, sem que esta revelação seja em razão de sua profissão ou ofício, pelo que nos acode não se pode falar de quebra de segredo profissional.

Em suma, resta evidente que o sigilo médico é o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos dos quais tomou conhecimento tão somente no exercício de suas atividades, e que não seja imperativo divulgar.

*Ipsa facto*, é o silêncio que ele deve manter sobre aquilo que teve ciência pelo motivo de manter uma relação profissional com o paciente durante suas atividades de médico. Se porventura ele não está no exercício de suas atividades médicas, pode até vir a responder por aquilo que qualquer cidadão responderia por determinada impropriedade, mas nunca como infrator por quebra do sigilo profissional.

## 5.10. CONCLUSÕES

Pelas considerações anteriores restou evidente que a quebra do sigilo profissional não é somente uma grave ofensa à liberdade do indivíduo, uma agressão à sua privacidade ou um atentado ao exercício da sua vontade. É também uma conspiração à ordem pública e aos interesses coletivos.

Estima-se ser o sigilo médico o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter sobre fatos dos quais tomou conhecimento no exercício de suas atividades, e que não seja imperativo divulgar. Nosso Código de Ética Médica, portanto, afastou-se do *conceito absolutista* – que impõe o sigilo incondicional em qualquer situação, e do *conceito abolicionista* – que desaprova qualquer reserva de confidências, adotando o *conceito relativista* do segredo, quando admite a revelação por “justa causa, dever legal ou por autorização expressa do paciente”. E por segredo o fato que exige o sigilo.

Fica também muito claro que o sigilo médico nos tempos hodiernos não pode mais se revestir do mesmo caráter de sacralidade e inviolabilidade da confissão. Constitui-se hoje o sigilo médico um instrumento social em favor do bem comum e da ordem pública. Sendo assim, a sua revelação, em situações mais que justificadas, não pode configurar-se como infração ética ou legal, principalmente quando se visa a proteger um interesse contrário superior e mais importante.

Sempre que tiver a necessidade de quebrar o sigilo, o médico deve fazer constar que a revelação das condições, do diagnóstico ou do prognóstico do paciente foi a pedido dele ou de seus responsáveis legais. E, mesmo assim, em situações de claro comprometimento dos interesses do paciente, fazer ver a ele os possíveis prejuízos ou, até mesmo, em ocasiões mais extremadas, negar-lhe o pedido. A violação do segredo deve ser analisada no conjunto dos interesses de todos quanto possam estar envolvidos.

## 5.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- ALVES, E. S. Medicina legal e deontologia. Curitiba: Editora Universitária do Paraná, 1965.
- BARROS, A. D. L. AIDS e ética médica. Parecer ao CREMESP, São Paulo, 1988.
- CECHINE, A. L. Ética em medicina. Barcelona: Editorial Médico-Científico, 1973.
- FÁVERO, F. Medicina legal. 6. ed. São Paulo: Martins, 1974.
- FRANÇA, G. V. AIDS – um enfoque ético-político. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, n. 26 (3), p. 187-192, jul.-set. 1993.
- \_\_\_\_\_. Aspectos atuais do segredo médico. Rev. Residência Médica, v. 4, n. 7, jul. 1975.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (I). João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (II). Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Medicina legal. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 2006.
- \_\_\_\_\_. Segredo médico: Quando e por que deve ser quebrado. Médico Moderno, v. 6, n. 16, set. 1974.
- GOMES, H. Medicina legal. 12. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1972.
- GONZAGA, J. B. Violação do segredo profissional. São Paulo: Max Limonad, 1976.
- GOSSET, S. R. El secreto médico. Revista oficial da AMM, v. II, n. 1, ene.-feb. 1966.
- LIENDE, A. C. Segredo médico. Arq. Cons. Leg-Med. do PR, n. 12 (46), p. 105-112, 1995.
- MENDES, A. C. Segredo médico. Arq. Cons. Reg. Med. do PR, n. 12 (46), p. 105-112, 1995.
- PRADO, P. E. Medicina legal e deontologia. São Paulo: Jurismed, 1972.
- SEGRE, M.; COHEN, C. Bioética. São Paulo: Edusp, 1997.
- STEWART, C. D. Privilegio para la información entre psiquiatra y paciente. Revista Oficial da AMM, v. II, n. 1, ene.-feb. 1966.
- TEIXEIRA, J. Notas jurídicas sobre o prontuário do paciente. São Paulo: Pró-Saúde, 2007.
- VASCONCELOS, G. Lições de medicina legal. Rio de Janeiro: Forense, 1970.

---

# 6

## HONORÁRIOS MÉDICOS

**Sumário:** 6.1. Introdução. 6.2. Mercantilismo. 6.3. Critérios de avaliação do honorário. 6.4. Honorário médico tabelado. 6.5. Honorário médico parcelado. 6.6. Aspecto legal. 6.7. Prescrição de honorários. 6.8. Cobrança judicial. 6.9. Quando não cobrar. 6.10. De quem cobrar. 6.11. Situações especiais. 6.12. Honorários periciais. 6.13. Referências bibliográficas.

### Código Civil

Art. 206. Prescreve: (...)

§ 5.º Em cinco anos: (...).

II – A pretensão dos profissionais liberais em geral, procuradores judiciais, curadores e professores pelos seus honorários, contado o prazo de conclusão dos serviços, da cessação dos respectivos contratos ou mandato; (...)

Art. 594. Toda a espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição. (...)

Art. 596. Não se tendo estipulado, nem chegado a acordo as partes, fixar-se-á por arbitramento a retribuição, segundo o costume do lugar, o tempo de serviço e sua qualidade.

### Código de Ética Médica

*É direito do médico:*

I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V – Suspende suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça

parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

*É vedado ao médico:*

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

## 6.1. INTRODUÇÃO

É chamada de honorários a justa remuneração paga pelos serviços prestados ao paciente, quando na clínica privada. Tem essa denominação em face de não existir uma equivalência entre a retribuição monetária e um bem de tão alto valor, como a vida ou a saúde. Fica o doente, portanto, obrigado à consideração por tais benefícios.

Toda pessoa que exerce legalmente a medicina tem direito a perceber honorários. É o preço de um contrato, quase sempre verbal, entre o cliente e o médico, embora, vez por outra, seja fonte de confusão, desagrado e mal-entendido na relação médico-paciente.

O povo romano, dentro de seu pragmatismo persistente, sintetizara a fórmula de retribuição de um trabalho prestado na expressão estereotipada *suum cuique*, posteriormente sacramentada pela nova dimensão que o Evangelho lhe atribuiu, dogmatizando “ser o operário digno de seu salário”. A partir disso, não há por que negar a licitude e a justiça da cobrança, quando em serviços profissionais dispensados.

A par destas considerações, ressalte-se que tal direito encontra-se juridificado, no que pese nossa legislação não se referir expressamente aos honorários médicos.

Alcântara Machado (*Os honorários médicos*) afirma existir uma verdadeira forma de locação de serviços, apesar de não haver nenhum laço de subordinação ou dependência que vincule o doente ao médico. O primeiro não se coloca na posição de empregador, nem o segundo, na de empregado.

Nenhum médico deve esquecer que os honorários encerram, acima de tudo, um problema moral. Está ele exercendo um ministério, e não um comércio, e, portanto, não deve visar ao lucro, senão ao justo, porque o objetivo fundamental da medicina é fazer o bem.

## 6.2. MERCANTILISMO

Certa mentalidade mercantilista parece, infelizmente, dominar em nossos dias, transformando, com seu espírito mercenário, a Medicina-Sacerdócio num comércio desonesto e fraudulento, de tal modo que os mais otimistas não escondem seu temor pelo futuro da ciência hipocrática.

É certo que a atividade médica deve ser justamente recompensada, pois, sem um mínimo de condições, ninguém é capaz de exercer com dignidade qualquer profissão. Mas nunca é demais repetir que a medicina não é tão somente um negócio destinado a render lucros, porém uma profissão que não está rigidamente adstrita a simples leis comerciais. A recompensa pelo trabalho médico não é um soldo, ou um salário, e, sim, um honorário, ou seja, algo que se recebe por honra e gratidão em face de relevantes trabalhos prestados.

Por isso, por mais difícil que lhe pareça agir desse modo, não deve o médico ficar indiferente à finalidade social de sua profissão, nem transformá-la, única e exclusivamente, numa maneira mais fácil de ganhar dinheiro. Deve, isso sim, exercê-la tendo em vista os seus devidos fins e, sobretudo, os interesses vitais de seu próprio semelhante.

A oposição aos postulados básicos da medicina, por mais conveniente que possa parecer a quem a pratica, pode tornar-se uma ameaça real ao exercício de uma atividade que a tradição consagrou no respeito público e numa mística de veneração. Desviar-se dos caminhos da ética é arriscar-se a perspectivas sombrias.

É bem verdade que diversos fatores sociais têm contribuído, de uma forma ou de outra, para uma mudança de mentalidade. Entre esses, há um fato indiscutível: assistimos à expansão econômica das

sociedades e dos indivíduos, mas a situação econômica do médico, em particular, é cada vez mais assustadora e comovente. A solução, porém, deverá consistir numa adequada conciliação de interesses, e nunca em transformar a profissão numa simples e vulgar forma de comércio.

Outro fator: a responsabilidade civil do médico, hoje em dia, cresce assustadoramente, criando para o paciente, diante de um possível erro, maiores possibilidades de ressarcimento. E os tribunais mostram-se, a cada dia que passa, mais favoráveis aos postulantes.

Com todos esses problemas a enfrentar, é claro que o profissional da medicina vê-se diante de um grande dilema toda vez que vai determinar honorários pelos serviços médicos executados. A cobrança desses honorários, por isso mesmo, constitui-se na parte mais delicada do relacionamento médico-paciente-família.

Por mais hesitante que esteja o médico a este respeito, não deve nunca esquecer que, acima de tudo, encerram os honorários um problema moral, não se devendo colocar numa situação de lucro, uma vez que, por mais que as aparências atuais queiram negar, está o médico exercendo quase um ministério, e não um comércio.

É claro que a cobrança de honorários não exclui a beleza da profissão ou seu sentido sacerdotal. Se o padre vive do altar, o médico deve viver da medicina, considerando-se desse modo os honorários como a justa remuneração pelos serviços prestados ao paciente, estando o médico devidamente habilitado ao exercício da profissão.

Infelizmente, nem sempre é essa conduta seguida, e então ficamos a perguntar: como resolver o grave problema da mercantilização da medicina?

Chega-se a pensar não existir solução possível, pois a própria repressão das autoridades médicas, mesmo a mais rígida, não se tem revelado capaz de suprimir, e, às vezes, nem sequer de reduzir as graves infrações éticas que se verificam cada vez mais amiúde no exercício da medicina atual.

Medidas repressivas, por si sós, não resolvem. Necessário se faz, isso sim, sensibilizar a classe médica para os aspectos éticos da medicina e, com muito mais razão, aqueles que se preparam para ingressar na profissão.

Para isso, seria mister levantar continuamente o problema, através de cursos e seminários sobre assuntos deontológicos, incluindo nas pautas de congressos, obrigatoriamente, temas a respeito de ética médica; instituir nos concursos de médicos e pós-graduados a matéria de Deontologia Médica e, sobretudo, fiscalizar rigorosamente o exercício profissional através dos Conselhos de Medicina.

Exigir também das Universidades que seja dada a maior ênfase, na cadeira de Medicina Legal, ao ensino da Ética Médica, como única medida capaz de despertar nos jovens o clamor contra o mercantilismo da profissão.

Uma forma de mercantilismo é conhecida com o nome de dicotomia. Essa expressão, etimologicamente, quer dizer dividido em dois. É uma forma de dupla ganância, uma das quais a título de honorários, mediante um acordo privado do médico assistente com outros colegas ou profissionais ligados à medicina, ou mesmo entre certas pessoas completamente alheias ao caso.

Há certas ocasiões em que a dicotomia não envolve, na realidade, a divisão de honorários, mas o profissional encaminha seu paciente a outro médico por razões de reciprocidade de conduta ou por amizade pessoal.

Chega-se a tal ponto que há profissionais que insinuam a partilha, através de percentagens, por exames realizados em determinadas clínicas, laboratórios ou casas de comércio.

Existe, embora pareça impossível, uma forma de dicotomia que consiste no recebimento de percentagens pela indicação de determinados produtos farmacêuticos. Aqueles que as recebem

defendem-se alegando o seguinte: “Não se justifica que alguém, com menos trabalho e menos responsabilidade, venha se beneficiar mais do que o profissional com seu trabalho”.

Em contrapartida, a divisão de honorários entre o cirurgião e seus assistentes não se pode considerar ilícita e antiética. Também não é desonesta a divisão de honorários entre vários membros de uma clínica ou cooperativa médica, ou entre aqueles que prestam serviços indistintamente a todos os clientes. O que é desonesto é a exploração do serviço profissional pela instituição, com a finalidade lucrativa, ou que colegas de maior prestígio venham a se beneficiar com trabalho de outros de menor projeção.

### **6.3. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO HONORÁRIO**

Há duas maneiras de cobrança de honorários. O meio mais comum é a estipulação de honorários após o tratamento. Outro é o acordo prévio. Numa avaliação de honorários, devem-se levar em conta os seguintes critérios:

1. *Condição econômica do paciente.* Normalmente cobram-se os honorários de acordo com a posse de cada um. A condição de possuir grande riqueza, entretanto, não justifica o exagero num honorário médico, embora aquela vida, pela soma de interesses, pareça ter maior valor econômico.

Há outros que defendem uma taxa rígida de honorários para ricos e pobres; pois, para esses, o tratamento é o mesmo e as pessoas são iguais por direito e por natureza. Essa regra é pouco seguida.

Surgem situações em que o trabalho médico vale muito, mas o doente não tem condições de retribuir tal benefício. Outras vezes, o serviço prestado vale menos, todavia o paciente, em face de sua condição econômico-financeira, pode pagar bem. Pagar bem não é sinônimo de extorsão. O pobre deve pagar pouco e o rico, o justo.

Também se defende o conceito de que o paciente muito rico deve pagar um preço muito acima do normal, pois, dessa maneira, ficaria o médico recompensado do seu trabalho aos inúmeros clientes que não lhe podem pagar. Essa medida não é justa, pois os mais aquinhoados devem pagar o preço justo de um serviço prestado e não uma taxa sobre sua fortuna, como bem assinala Alcântara Machado.

2. *Fama do médico.* Os profissionais que adquirem fama no exercício de sua profissão, por contingência natural selecionam seus clientes, devendo tal critério ser levado em conta quando de um honorário médico.

Tal critério fundamenta-se nas garantias que tem o cliente de escolher um médico de elevada conceituação profissional. É claro que esses profissionais de renome têm uma responsabilidade maior perante a sociedade e a necessidade de resguardá-la. Isso os autoriza à majoração de um honorário.

Esse critério não lesa os interesses dos iniciantes, mas, ao contrário, constitui-se numa modalidade de estímulo para alcançarem aquele privilégio.

3. *Valor do trabalho.* A quantidade e a qualidade do serviço prestado deverão, necessariamente, ser levadas em conta na cobrança dos honorários. A capacidade excepcional demonstrada num determinado caso, as dificuldades encontradas na assistência ao doente, o número de visitas e o horário desse atendimento são, na verdade, elementos avaliativos.

O primeiro elemento a ser levado em conta neste tipo de critério é o número de serviços necessariamente realizados. A natureza da doença pode determinar uma assistência mais cuidadosa e mais trabalhosa, dando à prestação de serviços um valor maior. A possibilidade ou não de contágio não deve prevalecer como critério de arbitragem, mesmo que o Serviço Público tenha dado certos adicionais de vencimentos aos especialistas em determinadas doenças infectocontagiosas.

A qualidade do trabalho deve ser levada em conta, como, por exemplo, a maior perícia de um

cirurgião altamente especializado ou daquele outro que utiliza, no tratamento de seus pacientes um instrumental mais caro e mais sofisticado.

4. *O local e a hora do trabalho.* A distância a percorrer, as dificuldades de acesso e o afastamento das atividades normais e lucrativas devem ser igualmente ponderadas.

O preço de uma consulta em consultório não é o mesmo de um atendimento na residência ou em um local afastado. O mesmo se diga do horário de atendimento, pois um trabalho realizado durante o dia não pode merecer o mesmo critério do realizado pela madrugada, a não ser que o médico tenha escolhido aquela hora da noite para prestar sua assistência, por conveniência pessoal.

Por fim, deve-se levar em conta a facilidade ou a dificuldade de acesso ao local do atendimento, como também as condições climáticas enfrentadas pelo profissional, e se esse acesso foi feito em transporte próprio ou alheio.

5. *O uso e o costume do lugar.* Cada lugar tem sempre seu uso próprio, devendo a remuneração variar de acordo com a situação econômica da região e com a convenção estabelecida entre os médicos locais.

O uso do lugar não é o da residência do médico, mas o da residência do paciente. A legislação civil dá muita ênfase ao aspecto dos costumes e dos usos, pois foram eles, através dos tempos, geradores de direitos e obrigações. É uma regra de bom senso que a coletividade aceita como válida e acessível. É uma forma de consagração da vontade coletiva, muitas vezes chegando a sobrepor-se à própria lei.

6. *O êxito dos serviços prestados.* Alguns entendem que o valor dos honorários deve corresponder ao resultado obtido no tratamento.

Achamos que tal pensamento não é válido, pois se o médico emprega todos os seus esforços na tentativa de curar ou salvar um paciente e não consegue, por razões alheias à sua vontade e à sua capacidade, isso não lhe tira o direito da cobrança. Muitas vezes, a não obtenção do êxito independe do trabalho executado, e depende, tão somente, da própria natureza do mal de que é portador o cliente.

Mesmo nos casos de morte do paciente, deve o médico cobrar, pois sua intervenção foi, antes de mais nada, no sentido de tratar e assistir, e, se possível, curar, o que nem sempre, sabe Deus o que nos custa, se concretiza.

#### **6.4. HONORÁRIO MÉDICO TABELADO**

Publicou-se no *Jornal do Brasil* (edição de 11.03.77, p. 12) que certo deputado federal estaria apresentando à Câmara um projeto de lei em que “a remuneração exigida pela prestação de serviços profissionais de Medicina e Odontologia não poderia, em nenhuma hipótese, ser superior a 100% do valor correspondente fixado pela tabela oficial do INPS”. E ainda que “a inobservância da disposição sujeita os infratores à multa correspondente ao valor dos honorários indevidamente exigidos e, nos casos de reincidência, suspensão do exercício profissional por até 60 dias”.

Na exposição de motivos, segundo aquele jornal, adianta o parlamentar: “Um dos mais graves problemas enfrentados pela população brasileira é o da assistência médica e odontológica, não só devido à falta de profissionais verificada em inúmeras comunidades, como também aos elevados honorários exigidos pelas consultas e tratamentos médicos e dentários”. E termina afirmando “que, no atual contexto, se encontra à mercê (a maioria da população) da ganância dos chamados integrantes da máfia de branco”.

É inacreditável que alguém possa pensar dessa forma.

Antes de mais nada o projeto é inconstitucional e se contrapõe à legislação civil brasileira em vigor, por ferir o princípio da autonomia privada.

O honorário médico decorre de um contrato de prestação de serviços *stricto sensu*, caracterizado pela obrigação mediante a qual alguém se compromete a prestar serviços a outrem, eventualmente, em troca de remuneração, trabalho esse realizado com independência técnica e sem subordinação hierárquica.

Aquele que presta o serviço não o faz sob a orientação de quem se obriga a remunerá-lo, e utiliza os meios e processos que julga válidos e convenientes. Quem presta o serviço é responsável pelo modo por que o mesmo é processado.

Da mesma maneira que existe uma independência técnica, há também uma independência econômica. A independência das partes contratantes afasta a subordinação jurídica que marca todos os contratos de trabalho, prevalecendo a subordinação técnica.

A retribuição de uma forma de trabalho desta natureza não pode ser estabelecida a partir de parâmetros fixos, pois o fato gerador não se verifica numa estrutura hierarquizada.

Assim, não se pode comparar a prestação de serviços médicos em caráter liberal com o trabalho propriamente dito, tanto pela não existência de subordinação como pela natureza eventual, e também pela inexistência das qualidades de empregado e empregador.

A falta dos elementos: continuidade, vínculo e subordinação, e vínculo jurídico distinto, faz da prestação de serviços médicos na clínica particular uma forma diversa de contrato de trabalho propriamente dito. Também não se pode equiparar ao contrato de empreitada, mesmo que exista o fim de um resultado e a prestação de um trabalho autônomo, pois aqui não se faz sentir a realização de um trabalho material.

Mesmo existindo determinados critérios de avaliação dos honorários, tais como a posse do cliente, a fama do médico, o valor do trabalho, o local de atendimento, a hora e as condições de prestação de serviço, e, finalmente, o uso e os costumes do lugar, cabe essa avaliação, em princípio, ao médico. Se essa estimativa não corresponde aos interesses do cliente, em última análise será decidido judicialmente, avaliação esta que será feita pelo juiz, através do seu perito e dos assistentes técnicos indicados pelas partes, conforme estabelece o novo Código de Processo Civil. Pelo visto, o direito comum interfere apenas nos pressupostos e requisitos, como, por exemplo, capacidade das partes, objeto lícito, vontade espontânea e forma prescrita e não defesa em lei.

Diante de tais considerações, afirmamos: que o estado estabeleça uma tabela fixa de honorários para cada tipo de trabalho é plenamente admissível, como instituição locadora de serviços, à qual se ajusta a vontade dos locatários (médicos). Porém, querer estabelecer critérios na atividade médica privada a partir de índices estabelecidos por órgãos estatais, noutra realidade e noutra relação jurídica, é um contrassenso, um absurdo.

## **6.5. HONORÁRIO MÉDICO PARCELADO**

Antes de tudo, deve o médico reconhecer que o exercício da Medicina não é apenas uma profissão, mas também um sacerdócio. Por isso, e só por isso, o seu fim não é lucrativo. Em torno da cobrança de honorários médicos existe sempre o aspecto moral. Há situações tão vexatórias e tão cercadas de escrúpulos, que o bom senso recomenda abrir mão de certas prerrogativas, no sentido de dimensionar a arte médica num plano mais elevado e colocar quem a exerce fora das regras puramente comerciais.

Não se podem omitir as grandes modificações do entendimento e das ideias dos dias de agora. Os mais diversos fatores sociais vêm impondo à nova ordem social profundas alterações, criando uma forma de mentalidade onde determinados fatos já não se mostram tão graves.

Em princípio, toda prestação de um serviço médico deve merecer uma justa retribuição. Com o enfraquecimento visível das possibilidades econômicas e financeiras do paciente, como também sua crescente dificuldade de responder ao ônus das doenças médicas, surgem sérias mudanças no relacionamento médico-paciente, entre outros, no que diz respeito aos honorários.

Assim, na clínica privada, sobretudo nos tratamentos mais onerosos, indaga-se da licitude dos chamados honorários parcelados. À primeira vista, não há nenhuma norma ética ou legal que obrigue ser o pagamento médico imediato e integral.

Não se pode desconhecer o fato de os pacientes de baixo poder aquisitivo, não querendo se valer da assistência médica previdenciária ou gratuita, procurem no seu médico particular uma forma indulgente de parcelamento de honorários, com o objetivo de atender às suas reais disponibilidades.

O ideal seria que tais situações jamais se verificassem. Entretanto, o profissional da medicina não pode permanecer indiferente a estas ocasiões, que já se tornam comuns e aceitas em outras formas de contratos na profissão liberal.

Todavia, é necessária uma boa dosagem de habilidade do médico, no sentido de conduzir esse fracionamento de modo que o seu trabalho não seja vulgarizado, colocando-o na posição de algumas casas comerciais que parcelam a longo prazo seus pagamentos, servindo, assim, como modalidade de propaganda e concorrência.

É claro que tais situações generalizando-se, alguns profissionais não seriam mais procurados pela competência ou decoro, mas pela complacência de um maior parcelamento, inclusive com prazos de carência, redundando na exigência de promissórias assinadas e seus consequentes descontos na rede bancária. A esta altura, a profissão médica estaria mergulhada na mais desgraçada forma de vulgaridade e desrespeito. Estaria criado, a exemplo do que se observa nos magazines, o crediário médico, e, até, quem sabe, com seus indefectíveis avalistas.

Destarte, é imprescindível usar sempre o bom senso, permitindo tão só em casos especiais o rápido fracionamento, e sempre da maneira mais reservada possível. A melhor fórmula de honorários é ainda a do pagamento integral, como forma de elevar mais alto o valor do trabalho, a dignidade médica e o respeito pelo paciente.

Ademais, essa liberdade do médico em parcelar seus honorários deve sempre atender a certas e determinadas conveniências do paciente, diante de um tratamento estritamente necessário, de indicação emergente e indispensável, cuja atividade profissional tenha um cunho curativo ou preventivo, quando se tenta restabelecer uma saúde ou salvar uma vida.

O mesmo não se diga, por exemplo, de uma cirurgia cosmetológica, de caráter exclusivamente pessoal e emocional, cujo interesse se volta apenas para um resultado, o que não justifica a indulgência do profissional no parcelamento dos honorários. Sua indicação, neste particular, estaria sempre comprometida por motivos de ordem individual e estética. As cirurgias desta ordem estão sempre na dependência de razões ambíguas.

## **6.6. ASPECTO LEGAL**

O Código Civil brasileiro estatui em seu artigo 594 que “toda espécie de serviços ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratado mediante retribuição”.

Embora não existindo um contrato formal, subentende-se que os serviços prestados por solicitação do cliente ou de seus familiares asseguram esse direito.

Existe uma locação de serviços, expressa ou tácita, que vai desde o início dos primeiros cuidados

profissional até a rescisão desse contrato por uma das partes. O artigo 599 do mesmo estatuto diz: “Não havendo prazo estipulado, nem se podendo inferir a natureza do contrato, ou do costume do lugar, qualquer das partes, a seu arbítrio, mediante prévio aviso, pode resolver o contrato”.

Quanto ao arbitramento dos honorários, nossa lei não tem nenhum dispositivo especial referente à profissão médica. No entanto, o artigo 596 do Código Civil determina que “não se tendo estipulado, nem chegado a acordo as partes, fixar-se-á por arbitramento a retribuição, segundo o costume do lugar, o tempo de serviço e sua qualidade”.

Finalmente, assiste ao médico o direito de cobrar honorários de todas as pessoas que estejam em condições de pagá-los, desde que se encontrem sob sua orientação. Constitui falta de ética e ilegalidade a cobrança de honorários abaixo da praxe normal, por ferir os fundamentos da profissão e constituir concorrência desleal. O Decreto-lei n.º 4.113, de 14 de fevereiro de 1942, em seu artigo 1.º, VI, determina que é proibido aos médicos anunciar “prestação de serviços gratuitos, em consultórios particulares”, e o Código de Ética Médica proíbe em seu artigo 58 o exercício mercantilista da medicina.

## **6.7. PRESCRIÇÃO DE HONORÁRIOS**

O devedor fica liberado de sua obrigação aos honorários médicos após cinco anos, a contar da data da última consulta feita, conforme estabelece o artigo 206 do novo Código Civil, atualmente em vigor: “Prescreve: (...) § 5.º Em cinco anos (...); II – a pretensão dos profissionais liberais em geral, procuradores judiciais, curadores e professores pelos seus honorários, contando o prazo da conclusão dos serviços, da cessação dos respectivos contratos ou mandatos; (...)”.

Entende-se que após esse prazo o titular de direito perde a faculdade de agir, como uma forma de negligência, pois a iniciativa compete ao credor e não ao devedor, para saldar a dívida.

O prazo da prescrição nos casos de visitas avulsas, sem caráter de assistência permanente, começa a partir da data em que cada visita foi feita.

Nos casos de várias enfermidades distintas, a data de prescrição começa a partir do último ato profissional da derradeira doença tratada.

Nas enfermidades crônicas, sujeitas a crises, cada período de agravamento é considerado como se fora uma nova doença. Nas moléstias contínuas, o prazo da prescrição tem início na data do último serviço, mesmo que os chamados tenham sido muito próximos uns dos outros. Cada visita dessas que se repete significa novo tratamento.

## **6.8. COBRANÇA JUDICIAL**

Por lei, o médico poderá efetuar cobranças por meio judicial: por ação executiva, quando houver contrato escrito pelo devedor ou seu representante legal e assinatura de duas testemunhas, conforme estabelece o Código de Processo Civil, artigo 585, inciso II, ou mediante ação ordinária, na falta de documento firmado: “(...) a escritura pública ou outro documento público assinado pelo devedor; o documento particular assinado pelo devedor e por duas testemunhas (...)”. Assim, só desta maneira, como está prescrito no Código de Processo Civil, o contrato de honorários médicos, quando subscrito pelo devedor e por duas testemunhas, será capaz de gerar o processo de execução.

Já a natureza jurídica do contrato de honorários do advogado, mesmo sendo de prestação de serviços, tem força executiva de um título de crédito, porque assim está firmado em lei (Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, Lei n.º 8.906/1994: “Artigo 24. A decisão judicial que fixar ou arbitrar

honorários e o contrato escrito que os estipular são títulos executivos e constituem crédito privilegiado na falência, concordata, concurso de credores, insolvência civil e liquidação extrajudicial. § 1.º A execução dos honorários pode ser promovida nos mesmos autos da ação em que tenha atuado o advogado, se assim lhe convier”).).

O médico poderá acionar diretamente o cliente ou pleitear seus honorários em processos de inventário, de falência ou de arrecadação de bens do morto.

A jurisprudência firmou a exigência de um relatório, onde o médico poderá descrever minuciosamente os serviços prestados, além do número de consultas, horários de chamados, distância e uso do lugar. Nunca o diagnóstico.

A prova testemunhal é muito deficiente, principalmente quanto ao número de visitas, e somente a afirmação do médico não é o bastante para a apreciação dos tribunais. Leva-se em conta, é claro, o caráter do profissional e a presunção do número de tais visitas, através do tempo de tratamento.

Mesmo assim, deve-se sempre ter em conta que entre o médico e o paciente não existe apenas uma relação contratual jurídica. Há acima de tudo um compromisso moral, alicerçado em bases tradicionais e filosóficas, imposto desde os tempos hipocráticos.

## **6.9. QUANDO NÃO COBRAR**

Não pode o médico cobrar honorários nas seguintes eventualidades:

- a) quando lhe falta habilitação legal para o exercício da medicina;
- b) quando os serviços são declarados gratuitos;
- c) quando receber presentes ou doações iguais ou superiores ao valor de seus serviços;
- d) quando seus serviços não forem solicitados, nem aceitos;
- e) quando aceitar espontaneamente a assistência ao doente, sem que haja solicitação do mesmo ou de seus familiares;
- f) quando o cliente, ao pedir uma redução, recebendo a resposta de “tudo ou nada”, optar pela última alternativa;
- g) quando existir responsabilidade por danos, através de negligência, imprudência ou imperícia;
- h) quando abandonar espontaneamente o paciente;
- i) quando encerrar-se o prazo da prescrição de honorários.

Sob o ponto de vista ético, é apenas aconselhável o médico não cobrar de seus colegas. Mesmo assim, não está obrigado a tal obséquio, ficando à sua consideração cobrar ou não cobrar. Por isso, o novo Código de Ética Médica não faz nenhuma referência a tal circunstância. Deixa a cada um a avaliação se deve ou não cobrar.

## **6.10. DE QUEM COBRAR**

Assiste ao médico o direito de cobrar honorários de todos que estejam em condições de pagá-los, desde que se encontrem sob sua orientação. Constitui falta de ética a cobrança de honorários abaixo da praxe normal, por ferir os fundamentos da profissão e se constituir numa concorrência desleal.

Podem cobrar honorários os médicos habilitados legalmente na forma da lei, desde que o paciente esteja na relação contratual jurídica.

São responsáveis pelo pagamento de honorários: o doente, seus responsáveis legais, as instituições e, muito raramente, os terceiros. O paciente, em regra, é o responsável pelos honorários médicos, pois a prestação de serviços, na clínica privada, constitui-se num contrato, tendo como partes um locador – o médico, e como locatário – o paciente, o qual é responsável pelo pagamento de um trabalho que lhe trouxe benefício pessoal. Essa é a regra.

Para alguns, o paciente que, em estado de inconsciência e perigo de vida, necessita de atendimento médico não estaria obrigado legal e moralmente aos honorários, pois a não assistência médica consistiria em *omissão de socorro*, delito este previsto em lei. Não se pode remunerar o cumprimento de uma obrigação, considerada de interesse público e imposta coativamente pelo Estado pela necessidade imediata de socorro. Santo Tomás de Aquino dizia que ninguém pode ser recompensado por aquilo que está obrigado a fazer e Vieira afirmava textualmente: “Quem fez o que devia o que fez”. A aceitação da continuidade do tratamento é que permite a cobrança de honorários, ou seja, quando a assistência ultrapassa o dever legal. Outros admitem que a obrigação de atender não impede o direito de cobrar.

O paciente lúcido e sem perigo de vida que não solicita a presença do médico, mas cumpre a prescrição e a orientação profissional, está na obrigação do pagamento, pois o aceitou tacitamente, formando, assim, a relação contratual jurídica.

Os pais ou responsáveis legais estão, pela lei civil, na obrigação de amparar o menor, sendo, portanto, elementos da relação contratual.

O terceiro que procura um médico a pedido do paciente desempenha o papel de mandatário e nenhuma obrigação adquire para si, a não ser que ele assuma a responsabilidade pelo pagamento.

Em princípio deve o arbitramento de honorários ser feito pelo médico. Se esta estimativa não corresponde aos interesses do cliente, em última instância será decidido judicialmente, e a avaliação será feita pelo juiz, através do seu perito e dos assistentes técnicos nomeados pelas partes.

Não é fato muito raro deixar o médico a critério do paciente a estimativa dos seus honorários. Isso por consideração ou confiança na honestidade de propósitos do cliente, gesto esse que não deixa de representar uma atenção ao devedor. Tal fato não dá direito ao paciente de pagar o que bem lhe aprouver, e se ele usa de má-fé pode o médico considerar a proposta desfeita e arbitrar a remuneração que ele acha honesta.

## 6.11. SITUAÇÕES ESPECIAIS

### 1. *Preços vis ou extorsivos.*

O Código de Ética Médica que vigorou antes do atual dizia que ao médico era vedada a cobrança de honorários a “preço vil ou extorsivo” e o agora em vigor fala em seu item III dos Princípios Fundamentais que “para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e **ser remunerado de forma justa**”. O artigo 58 diz: “É vedado ao médico: O exercício mercantilista da Medicina”. Assim, no Código atual não se fala mais em recebimento de remuneração a preços vis ou extorsivos, mas seria interessante que o Conselho Federal de Medicina tivesse uma definição sobre tais fatos.

A nova norma deontológica não impõe limites nem estipula o que seja remuneração insignificante ou exagerada. Deixa parecer que o profissional deve se guiar, antes de tudo, pelo espírito da boa-fé.

De fato, na avaliação dos honorários deve-se ter em conta as peculiaridades econômicas da região, o

que costumeiramente é cobrado, a condição financeira de quem solicita, o valor da causa, a qualidade e o tempo gasto no serviço prestado.

Mesmo que não se tenha ainda um meio de determinar quantitativamente o que represente preço vil, seu entendimento pode ser firmado como aquele que está muito abaixo do uso do lugar e acintosamente orientado para outras formas de interesse.

É muito difícil afirmar o que seja preço vil, principalmente no exercício da medicina pela sua complexidade, imprevisibilidade e pelas mais diversas condições de demandas. Nos casos de convênio sempre existe a possibilidade de uma tabela de referência. Na atividade plenamente particular é mais difícil.

O bom senso orienta que não se estipule, *a priori*, um percentual único para a caracterização do preço vil, cabendo verificar, caso a caso, se o valor dos honorários é efetivamente irrisório. Pode-se, apenas, dizer que é aquele que estiver afrontosamente abaixo do mínimo cobrado no lugar, de valor ínfimo e irrisório, que comprometa a imagem da profissão e que possa demonstrar outros interesses nesse tipo de cobrança.

O preço extorsivo, por sua vez, não tem seus limites levantados de forma objetiva pelas tabelas das entidades médicas. Todavia, no plano teórico, seria aquele cobrado de forma abusiva, muitas vezes acima da média e do uso do lugar, e que não levasse em conta as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a qualidade dos serviços prestados.

A Associação Médica Brasileira editou uma Tabela de Honorários Médicos (THM) como remuneração mínima não aviltante à profissão médica na prestação de serviços conveniados. Alguns Conselhos Regionais adotaram esta Tabela por Resolução, o que não fez o CFM. Apenas recomendou aos médicos, através de Ofício Circular, seu uso como parâmetro de remuneração na prestação de serviços médicos de convênios. Portanto, o médico só poderá ser punido por preço vil, levando-se em conta a THM, quando o Conselho Federal de Medicina a tornar obrigatória por Resolução.

Assim, nos casos de convênios, tem-se hoje um limite moral, não normativo, do que seja preço vil. Falta, no entanto, um parâmetro mínimo para os honorários médicos na atividade liberal não conveniada.

Não existe também uma definição do que seja *extorsivo*. Admite-se que é uma cobrança muito além da média e do uso do lugar, levando em conta ainda as limitações econômicas do paciente. Nesse particular, será julgado caso a caso.

No que diz respeito à cobrança de honorários médico-periciais, enquanto não se estabelecer o que seja preço vil para os honorários médicos cobrados na atividade liberal na clínica privada, será difícil arbitrar o valor de uma perícia médica.

O médico perito na atividade liberal tem, em geral, um perfil de atuação que envolve, muitas vezes, interesses econômicos. Em geral, ele leva em conta o tempo gasto em sua atividade, sua complexidade e os gastos que exigem cada tipo de perícia. Vieira (*O perito judicial: aspectos legais e técnicos*. São Paulo: LTr, 2006) aponta alguns critérios a serem relevados: 1) Carga dos Autos, que compreende o deslocamento e a distância da residência do perito aos Cartórios; 2) Visita técnica ao local ou locais dos fatos; 3) Exigências técnicas especializadas, quando o perito judicial deverá fixar a complexidade do trabalho que estiver enfrentando para a elaboração do laudo; 4) Número de partes; 5) Utilização de equipamentos especiais e análises laboratoriais extraordinários exigida para a perícia; 6) Translado em veículo próprio para a resposta às impugnações e participação em audiências.

2. *Tabela de honorários médicos*. A Tabela de Honorários da AMB já é adotada, através de Resolução, por alguns Conselhos Regionais de Medicina, embora todos eles considerem fundamental a luta pelo seu acatamento e sua implantação em todo o país, no sentido de se encontrar uma fórmula justa

para remunerar o ato médico.

No entanto, tem sido consenso da maioria dos Regionais que o Conselho Federal de Medicina não adote a Tabela de Honorários Médicos por Resolução Normativa e, conseqüentemente, seu disciplinamento coercitivo, caso fosse considerado o não cumprimento da tabela um procedimento antiético.

Uma Resolução Normativa tem por princípio regulamentar e estruturar os princípios gerais consagrados ou estatuídos em lei. O Código de Ética Médica atual nem pune a cobrança a preço vil ou extorsivo nem estabelece seus limites. Essa é a primeira dificuldade, pois as circunstâncias do exercício médico são as mais complexas, indo desde a condição socioeconômica do paciente até a qualidade do serviço prestado. Daí o risco da inflexibilidade de uma tabela.

Depois, é dever apenas do Conselho Federal de Medicina recomendar a adoção da THM nos convênios, reconhecendo de início que o próprio Poder Público, a começar pelo SUS, é o primeiro a não cumprir.

Por outro lado, ninguém desconhece a insatisfação, cada vez maior, de algumas sociedades de especialidade no arbitramento do valor do Coeficiente de Honorários (CH) e do quantitativo arbitrado em cada procedimento.

Levem-se em conta ainda as dificuldades de estender-se uma tabela a todo o território nacional, considerando-se os profundos desníveis socioeconômicos.

Por essas e outras razões, a imposição de uma Tabela de Honorários por Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina não apenas tornava inviável o exercício profissional em determinadas realidades regionais, como iria punir mais ainda o médico, já aviltado em sua profissão, e o paciente das comunidades mais carentes.

O importante é a mobilização e a conscientização da categoria médica, no sentido de trazer para a discussão política a tarefa de lutar por uma medicina decente, por uma assistência efetiva e por uma remuneração justa. Isso não impede que o CFM continue recomendando o cumprimento e a adoção da THM nos convênios celebrados com o setor público ou privado.

3. *Complementação de honorários.* O artigo 65 do Código de Ética Médica proíbe a cobrança de honorários em instituições que se destinam à prestação exclusiva de serviços públicos, assim como a complementação de salários ou honorários médicos nestas condições. Há nesse artigo ainda referência à complementação de honorários de beneficiário ou segurados que fazem opção por instalações diferenciadas. Dessa forma, existem duas situações distintas:

a) A cobrança de honorários, por exemplo, a segurados do sistema, quando internados em serviços próprios ou credenciados pelo SUS, é indevida e ilegal.

A assistência médica patrocinada pela Previdência é regida por normas, as quais dão ao segurado determinados privilégios, entre eles o de ser tratado em condições estipuladas pelo setor público e sem ônus, como direito mínimo assegurado pelo estado. Desse modo, o médico não pode exigir honorários nem complementação para o que já dispõe a disciplina da instituição. Qualquer atitude diferente dessa orientação implica a capitulação de crimes consignados na legislação penal (artigo 2.º, item VI, da Lei n.º 1.521/1951 – Crimes contra a Economia Popular – e artigo 171 do Código Penal – Estelionato), podendo o médico responder a inquérito administrativo, ter seu contrato suspenso por justa causa ou perder o seu credenciamento, além de responder a inquérito criminal.

b) No entanto, se o paciente ao se internar preferisse acomodações diferenciadas, diversas das instalações do convênio, deveria pagar complementação de despesas hospitalares e de honorários médicos, procedimento esse amparado pela Portaria MPAS n.º 2.837, de 27 de abril de 1982. Nesse

caso, nada impediria que o médico e o hospital, além da complementação, recebessem o estipulado nas tabelas do convênio, ficando responsabilidade do paciente a complementação das diárias, a complementação dos honorários, as despesas consideradas “extras” e algum procedimento não estipulado no convênio.

Hoje, entende-se que, no momento em que o paciente faz opção por instalações diferenciadas, ele deixa de ser conveniado e passa a ser paciente particular.

4. *Pagamento com cartão de crédito.* Não há referência em nosso Código de Ética Médica ao valor, à forma ou a qualquer outro detalhe na cobrança e no pagamento do ato médico.

Por isso, não constitui nenhuma prática antiética ou desabonadora do exercício profissional o fato de uma consulta médica ser paga através de cartão de crédito ou assemelhados.

Acreditamos que estamos vivendo noutra época, de desafios e sobressaltos, e que o tempo em que o paciente pagava ao médico em espécie e dentro de um envelope não existe mais.

5. *Cobrança de embalsamamentos.* Em geral, os embalsamamentos são feitos nos Institutos Médico-Legais. Há, no entanto, instituições legispericiais que não permitem essa prática em suas dependências, ficando a critério dos médicos a realização noutros estabelecimentos. Outros cobram taxas estipuladas pelo Poder Público e recolhidas a um chamado Fundo Especial de Polícia, sendo que os médicos teriam no embalsamamento uma das obrigações contratuais. Outros permitem o uso das instalações, ficando os médicos responsáveis pela prática do método conservador com o ônus do material e com o direito de cobrança de honorários. É claro que a formolização e o embalsamamento não são exclusivos das repartições médico-legais e dos legistas. Qualquer médico habilitado legalmente, e que se julgue capaz, pode fazer e cobrar, levando em conta os critérios e a moderação que cada caso requer.

Mesmo não existindo legislação específica, a não ser o Decreto Estadual n.º 334, de 18 de dezembro de 1974, do Estado de Goiás, que considera como prática médica, admitimos que a supervisão e a responsabilidade do embalsamamento, com a consequente lavratura da ata, é um ato médico, pois o que se pretende é impedir ou retardar os fenômenos cadavéricos transformativos, avaliar e providenciar o traslado pelas diversas vias de transporte, obedecer aos regulamentos e normas sanitárias, e, nos casos de formolização, preparar o corpo para estudo e manipulação nos anfiteatros de anatomia.

6. *Cobrança de atestados.* O atestado médico, seja ele em caráter oficioso, administrativo ou judiciário, é ato complementar do exame médico, e por isso não pode ser cobrado, sendo, pois, seu fornecimento um direito inalienável do paciente.

Desse modo, pelo ato de atestar não pode o médico exigir pagamento. Registrar de forma simples e por escrito o que se conclui da consulta é complementação do ato médico.

O mesmo se diga quanto ao atestado de óbito. O médico que assistiu o paciente, salvo quando houver indícios de morte violenta, ou que é responsável pelos serviços médico-legais e de verificação de óbito, está obrigado a fornecer o atestado.

Todavia, se o médico é chamado para consignar um diagnóstico de realidade de morte, que exige exame do corpo e conhecimentos dos sinais abióticos imediatos e mediatos, exerceu atividade que deve ser remunerada. Quanto à lavratura do atestado de óbito, não.

7. *Cobrança de exames periciais.* Nas ações de Direito Privado – civis ou trabalhistas – o perito é indicado pelo juiz, que arbitra ou faculta o arbitramento de honorários, e os assistentes técnicos, a critério das partes, ajustam entre si o valor da remuneração.

Nas ações de Direito Público – quase sempre na esfera criminal – atuam os peritos oficiais, pertencentes às repartições médico-legais ou os peritos nomeados, indicados pela autoridade competente mediante um termo de compromisso.

O Código de Processo Penal, em seu artigo 277, diz claramente que o perito está obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa, salvo escusa atendível e prevista em lei, como os serventuários da Justiça, por incompatibilidade ou impedimento legal declarados nos autos, ou, ainda, por considerar-se incapaz técnica ou materialmente. Incorre nas mesmas penas se deixa de atender à intimação ou ao chamamento da autoridade ou não der o laudo, concorrendo para que a perícia não seja feita.

Assim, não resta dúvida que o médico nomeado perito pela autoridade competente numa ação penal está obrigado a aceitar, cabendo-lhe, no entanto, o direito de cobrar do estado a justa remuneração pela perícia realizada. Não é justo que o Poder Público explore com habitualidade o trabalho médico, quando cabe a esse poder a obrigação de aparelhar adequadamente a Justiça na sua relevante missão.

Por outro lado, não se admite que o perito cobre da vítima os exames realizados, pois entre eles não existe uma relação contratual de médico e paciente.

8. *Cobrança de ato ilícito.* Considera-se ato ilícito o decorrente de um fato capaz de violar um direito, subverter uma norma ou causar prejuízo a outrem, seja por *dolo* – ação ou omissão voluntária – ou por *culpa* – quando o autor não quer o resultado, mas age com previsibilidade de dano.

O indivíduo vítima de ato doloso ou culposos tem direito, por ofensa física ou à saúde, a uma indenização pelas despesas médicas e hospitalares, a não ser que o autor tenha agido em legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito.

Mesmo que a lei seja omissa, admitimos que o médico não pode cobrar diretamente do agressor, porque o nosso Direito não adota as ações sub-rogatórias ou oblíquas, nem confere ao credor o direito de acionar o devedor do seu devedor. A cobrança deve ser à vítima e esta ou seu representante legal pode propor ação contra o responsável pelos danos. A não ser que o agressor assuma a responsabilidade do pagamento, quando passa a existir uma relação contratual.

9. *Cobrança e validade contratual.* Os elementos necessários à validade do contrato de serviços médicos, para que tenham respaldo as obrigações dele decorrentes, são os seguintes: capacidade das partes, vontade espontânea, objeto lícito e forma prescrita ou não defesa em lei.

Assim, qualquer ato médico que fuja dessas considerações, além de ilícito e antiético, não autoriza o médico a cobrar do paciente.

Não se pode considerar legítimo o contrato de atos autorizados por menores ou incapazes que não sejam imprescindíveis, de práticas não solicitadas e não aceitas pelo paciente, de prática de aborto não previsto em lei, de auxílio ao suicídio, de indicação ou emprego de tóxicos e entorpecentes além do limite terapêutico e de exercício da profissão sem a devida habilitação legal. Nenhum desses atos autoriza cobrança de honorários médicos.

10. *Cobrança e êxito do serviço prestado.* Há quem admita que o resultado de um tratamento deva influir no montante dos honorários cobrados.

Como já dissemos nos *critérios de avaliação*, o médico não tem com o paciente um contrato de resultado, mas um contrato de meios. Por isso, deve cobrar, mesmo sem um resultado desejado, pois empregou seus esforços na tentativa de curar ou salvar seu paciente, e, se não conseguiu, por razões estranhas à sua capacidade e ao seu zelo, isso não lhe tira o direito da cobrança.

Mesmo nos casos de morte do paciente, deve o médico cobrar. Sua intenção e sua intervenção foram, antes de tudo, no sentido de tratar e assistir, empregando o melhor dos seus esforços, o cuidado de sua dedicação e os recursos da sua competência. Muitos até entendem que o médico percebe honorários, e a eles tem direito, não pelo resultado do tratamento, mas pela assistência que presta ao paciente.

Em casos de morte do paciente, a responsabilidade do pagamento é do respectivo espólio até a realização da partilha dos bens comuns de herança. Pode também o inventariante responder

antecipadamente pelo espólio devedor e, depois de realizada a partilha, descontar tal valor. Ou podem responder pelos honorários o cônjuge meeiro, se houver, e os herdeiros, na proporção dos seus respectivos montantes.

11. *Ajuste prévio de honorários.* O ideal, recomendado pelo Código de Ética Médica, é o profissional ajustar previamente com o paciente ou seu responsável o valor dos custos dos procedimentos como estabelece em seu artigo 61. Isso facilita muito o bom relacionamento e evita situações constrangedoras no futuro. Agora, com o advento do Código do Consumidor, fica evidente a proibição de “executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvados os decorrentes de práticas anteriores entre as partes”. Excetuam-se dessa recomendação os casos de urgência e emergência.

12. *Cobranças individuais.* Quando no tratamento de um paciente participarem vários médicos, a nossa norma ética manda que cada um deles apresente separadamente a cobrança de seus honorários, pois assim é mais fácil o paciente saber quanto lhe cobra cada um, evitando-se também, com isso, que alguém possa reter os honorários ou explorar seu trabalho, pelo fato de ser chefe da equipe ou coisa semelhante.

## 6.12. HONORÁRIOS PERICIAIS

Os peritos oficiais que trabalham em instituições públicas não podem cobrar honorários, pois isto já está incluso em seus vencimentos e em seu contrato de trabalho.

Por outro lado, quanto aos médicos não peritos oficiais nomeados *ad hoc* para realizarem perícia em casos de Inquérito Policial, o Conselho Federal de Medicina em seu Parecer CFM n.º 08/1990 (baseado no Parecer Jurídico CFM n.º 085, de 18 de janeiro de 1990) estabelece que, quando nomeados pela autoridade competente, estão obrigados a aceitar o ônus de perito, exceto nos casos previstos em Lei (artigos 105, 112 e 280 do Código de Processo Penal), devendo entretanto, se assim for o seu entendimento, cobrar do estado e não da vítima, a justa remuneração pelo ato médico realizado.

Diz ainda o Parecer: Não há dúvidas quanto à obrigatoriedade do médico em aceitar o múnus de perito quando nomeado pela autoridade competente, em observância ao disposto no artigo 277 do Código de Processo Penal (“O perito nomeado pela autoridade será obrigado a aceitar o encargo, sob pena de multa, salvo escusa atendível. Parágrafo Único – Incorrerá na mesma multa o perito que, sem justa causa, provada imediatamente: a) deixar de acudir à intimação ou ao chamamento de autoridade; b) não der o laudo, ou concorrer para que a perícia não seja feita, nos prazos estabelecidos”), sob pena de responder judicialmente pela recusa ou omissão. E mais: “Assim procedendo estar-se-ia cumprindo os princípios do Direito Público e o interesse maior em não estancar a justiça no cumprimento do imperativo legal, vez que tais exames, além de se constituírem em peças processuais de relevante valor no julgamento do mérito das causas que a determinaram, revestem-se de importância social indiscutível para o conhecimento da verdade e para a garantia dos direitos de cidadania”.

Não é sem motivo dizer que o estado tem a responsabilidade em aparelhar adequadamente a administração da justiça no sentido de que esta tenha condições mínimas de arcar com a realização de tais exames e não a vítima, a quem não cabe qualquer despesa por procedimentos médicos realizados por médicos peritos nomeados, vez que os indivíduos submetidos a tais exames não preenchem, nessa relação, a condição de paciente que celebra com o médico um contrato de trabalho.

Os que funcionam em ações de direito privado e quando nomeados pelo juiz em casos de beneficiários da justiça gratuita, mesmo assim, sua função não pode ser honorífica. O Conselho da Justiça

Federal do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que editou a Resolução n.º 558/2007 reconhece isto quando trata do pagamento de honorários periciais prestados nestas condições. Esta norma estabelece os parâmetros mínimos e máximos de remuneração em diversas áreas de atuação. Isto também caberia às entidades de classe: estabelecerem parâmetros de remuneração dentro de cada área profissional e da complexidade de cada perícia.

No que diz respeito aos honorários do assistente técnico, isto está previsto no artigo 33 do Código de Processo Civil: “Cada parte pagará a remuneração do assistente técnico que houver indicado (...)”.

Nos casos em que as partes têm condições de efetuarem o pagamento do perito, diz ainda o artigo supracitado: “(...) a do perito será paga pela parte que houver requerido o exame, ou pelo autor, quando requerido por ambas as partes ou determinado de ofício pelo juiz”.

Ainda tratando-se da justiça gratuita, o juiz poderá determinar que o pagamento seja feito após o término do prazo para que as partes se manifestem sobre o laudo respectivo, ou, havendo solicitação de esclarecimentos a serem prestados às partes, logo depois desses. É a regra do artigo 2.º da Resolução n.º 227, de 15 de dezembro de 2000, do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Nossa jurisprudência já se pronunciou a respeito: “Ao Estado foi imposto o dever de prestar assistência jurídica e integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos, inclusive pagamento de advogados (...) e honorários do perito” (STJ, 3.ª T., REsp 25.841-1/RJ, Rel. Min. Cláudio Santos, *Ementário STJ* n. 9/551).

Para alguns, a situação mais delicada é a quantificação dos honorários. Vieira (*O perito judicial: aspectos legais e técnicos*, São Paulo: LTr, 2006) aponta alguns critérios a serem relevados: 1) Carga dos autos, que compreende o deslocamento e a distância da residência do perito aos Cartórios; 2) Visita técnica ao local ou locais dos fatos; 3) Exigências técnicas especializadas, quando o perito judicial deverá fixar a complexidade do trabalho que estiver enfrentando para a elaboração do laudo; 4) Número de partes; 5) Utilização de equipamentos especiais e análises laboratoriais extraordinárias exigidas para a perícia; 6) Translado em veículo próprio para a resposta às impugnações e participação em audiências.

## 6.13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- CARDOSO JÚNIOR, M. O exercício legal da medicina e os honorários médicos. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1955.
- CECHINE, A. L. Ética em medicina. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
- FRANÇA, G. V. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Como conciliar ética e o ganho justo na determinação de honorários. *O Médico Moderno*, dez. 1973.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (V)*. Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (VI)*. Recife: Edupe, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. Mercantilização da medicina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cordoba*, ano XXXIII, n. 1/4, ene.-dec. 1975.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 32. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres IV*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GOMES, H. *Medicina legal*. 12. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1972.
- HATZFELD, H. *La crisis de la medicina liberal*. Barcelona: Ariel, 1965.
- MARAÑÓN, G. *La medicina y los médicos*. Madrid: Espasa Calpe, 1962.
- MOREIRA, J. C. B. *O novo processo civil brasileiro*. 22. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

NASCIMENTO, A. M. Elementos de direito processual do trabalho. 3. ed. São Paulo: LTr, 1977.

NEGRÃO, T. Código de Processo Civil e legislação processual em vigor. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

SOUZA, S. Honorários médicos. Rio de Janeiro, Tese, 1972.

## PUBLICIDADE E PUBLICAÇÕES MÉDICAS

**Sumário:** 7.1. Publicidade médica. 7.2. Mercado da personalidade. 7.3. Publicações médicas. 7.4. Informações médicas. 7.5. A Medicina e a Imprensa. 7.6. Uso de marcas e nomes comerciais. 7.7. Boletim médico. 7.8. Telemedicina: 7.8.1. A relação médico-paciente; 7.8.2. A responsabilidade dos médicos; 7.8.3. Responsabilidade do paciente; 7.8.4. A qualidade da atenção e a segurança na telemedicina; 7.8.5. História clínica do paciente; 7.8.6. Recomendações; 7.8.7. Conclusões. 7.9. Critérios para material impresso (receituários, formulários, guias e outros). 7.10. Promoção pessoal: como fazê-la de forma ética? 7.11. Referências bibliográficas.

### Lei das Contravenções Penais

Art. 47. Exercer profissão ou atividade econômica ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício:

Pena – Prisão simples, de quinze dias a três meses, ou multa. (...)

### Decreto-lei n.º 4.113, de 14 de fevereiro de 1942

Art. 1.º É proibido ao médico anunciar:

- I – cura de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento próprio, segundo os atuais conhecimentos científicos;
- II – tratamento para evitar a gravidez ou interromper a gestação, claramente ou em termos que induzam a estes fins;
- III – exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização;
- IV – consultas por meio de correspondências, pela imprensa, caixa postal, rádio ou processos análogos;
- V – especialidade ainda não admitida pelo ensino médico ou que não tenha tido a sanção das sociedades médicas;
- VI – prestação de serviços gratuitos, em consultórios particulares;
- VII – sistematicamente, agradecimentos manifestados por clientes e que atentam contra a ética médica;
- VIII – com alusões detratórias a escolas médicas e a processos terapêuticos admitidos pela legislação do país;
- IX – com referência a método de tratamento e diagnóstico não consagrados pela prática corrente, ou que não tenham tido a sanção das sociedades médicas;
- X – atestados de cura de determinadas doenças para as quais não haja tratamento estabelecido, por meio de preparados farmacêuticos.

§ 1.º As proibições deste artigo estendem-se, no que for aplicável, aos cirurgiões-dentistas.

§ 2.º Não se compreende nas proibições deste artigo anunciar o médico ou o cirurgião-dentista seus títulos científicos, o preço da consulta, referências genéricas à aparelhagem (raios-X, rádio, aparelhos de eletricidade médica, de fisioterapia e outros

semelhantes); ou divulgar pela imprensa ou pelo rádio conselhos de higiene e assuntos de medicina ou de ordem doutrinária, sem caráter de terapêutica individual. (...)

### **Resolução CFM n.º 1.974/2011**

*Estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.*

#### **RESOLVE:**

Art. 1.º Entender-se-á por anúncio, publicidade ou propaganda a comunicação ao público, por qualquer meio de divulgação, de atividade profissional de iniciativa, participação e/ou anuência do médico.

Art. 2.º Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

- a) Nome do profissional;
- b) Especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no Conselho Regional de Medicina;
- c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina;
- d) Número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

Parágrafo único. As demais indicações dos anúncios deverão se limitar ao preceituado na legislação em vigor.

Art. 3.º É vedado ao médico:

- a) Anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade;
- b) Anunciar aparelhagem de forma a lhe atribuir capacidade privilegiada;
- c) Participar de anúncios de empresas ou produtos ligados à Medicina, dispositivo este que alcança, inclusive, as entidades sindicais ou associativas médicas;
- d) Permitir que seu nome seja incluído em propaganda enganosa de qualquer natureza;
- e) Permitir que seu nome circule em qualquer mídia, inclusive na internet, em matérias desprovidas de rigor científico;
- f) Fazer propaganda de método ou técnica não aceito pela comunidade científica;
- g) Expor a figura de seu paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento, ainda que com autorização expressa do mesmo, ressalvado o disposto no art. 10 desta resolução;
- h) Anunciar a utilização de técnicas exclusivas;
- i) Oferecer seus serviços por meio de consórcio e similares;
- j) Oferecer consultoria a pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial;
- k) Garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento;
- l) Fica expressamente vetado o anúncio de pós-graduação realizada para a capacitação pedagógica em especialidades médicas e suas áreas de atuação, mesmo que em instituições oficiais ou por estas credenciadas, exceto quando estiver relacionado à especialidade e área de atuação registrada no Conselho de Medicina.

Art. 4.º Sempre que em dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio aos dispositivos legais e éticos.

Parágrafo único. Pode também anunciar os cursos e atualizações realizados, desde que relacionados à sua especialidade ou área de atuação devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina.

Art. 5.º Nos anúncios de clínicas, hospitais, casas de saúde, entidades de prestação de assistência médica e outras instituições de saúde deverão constar, sempre, o nome do diretor técnico médico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição se localize o estabelecimento de saúde.

§ 1.º Pelos anúncios dos estabelecimentos de hospitalização e assistência médica, planos de saúde, seguradoras e afins respondem, perante o Conselho Regional de Medicina, os seus diretores técnicos médicos.

§ 2.º Os diretores técnicos médicos, os chefes de clínica e os médicos em geral estão obrigados a adotar, para cumprir o mandamento do *caput*, as regras contidas no Manual da Codame, anexo.

Art. 6.º Nas placas internas ou externas, as indicações deverão se limitar ao previsto no art. 2.º e seu parágrafo único.

Art. 7.º Caso o médico não concorde com o teor das declarações a si atribuídas em matéria jornalística, as quais firmam os ditames desta resolução, deve encaminhar ofício retificador ao órgão de imprensa que a divulgou e ao Conselho Regional de Medicina, sem prejuízo de futuras apurações de responsabilidade.

Art. 8.º O médico pode, utilizando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

Art. 9.º Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

§ 1.º Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de:

- a) Angariar clientela;
- b) Fazer concorrência desleal;
- c) Pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos;
- d) Auferir lucros de qualquer espécie;
- e) Permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

§ 2.º Entende-se por sensacionalismo:

- a) A divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal;
- b) Utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico;
- c) A adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia;
- d) A apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico;
- e) A veiculação pública de informações que possam causar intranquilidade, pânico ou medo à sociedade;
- f) Usar de forma abusiva, enganosa ou sedutora representações visuais e informações que possam induzir a promessas de resultados.

Art. 10. Nos trabalhos e eventos científicos em que a exposição de figura de paciente for imprescindível, o médico deverá obter prévia autorização expressa do mesmo ou de seu representante legal.

Art. 11. Quando da emissão de documentos médicos, os mesmos devem ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico.

§ 1.º Os documentos médicos poderão ser divulgados por intermédio do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente.

§ 2.º Os documentos médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão, sempre, ser

assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor técnico médico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

Art. 12. O médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o “médico do ano”, “destaque”, “melhor médico” ou outras denominações que visam ao objetivo promocional ou de propaganda, individual ou coletivo.

Art. 13. Os sites para assuntos médicos deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Codame.

Art. 14. Os Conselhos Regionais de Medicina manterão, conforme os seus Regimentos Internos, uma Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) composta, minimamente, por três membros.

Art. 15. A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade:

- a) Responder a consultas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos;
- b) Convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas regulamentadoras, anexas, sobre a matéria, devendo orientar a imediata suspensão do anúncio;
- c) Propor instauração de sindicância nos casos de inequívoco potencial de infração ao Código de Ética Médica;
- d) Rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive na internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução;
- e) Providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 16. A presente resolução e o Manual da Codame entrarão em vigor no prazo de 180 dias, a partir de sua publicação, quando será revogada a Resolução CFM n.º 1.701/03, publicada no *DOU* n.º 187, seção I, páginas 171-172, em 26 de setembro de 2003 e demais disposições em contrário.

Brasília – DF, 14 de julho de 2011

### **Código de Ética Médica**

*É vedado ao médico:*

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

## 7.1. PUBLICIDADE MÉDICA

A publicidade, responsável por tão grandes sucessos no mundo dos negócios, começa também a ser adotada pela classe médica. Não se discutem a utilidade e a licitude do anúncio, o qual deve limitar-se ao nome, títulos idôneos, especialidade, endereço e hora de consultas. A verdade é que o médico tem o direito de anunciar, porém de maneira sóbria, discreta e comedida.

No entanto, nem sempre se observam os limites dessa exigência, passando-se para as formas publicitárias comerciais, através de anúncios exagerados em tamanho e linguagem, títulos falsos e ambíguos, especialidades diversas, prestação de serviços gratuitos em determinados dias da semana ou em certos locais para os “pobres”, e a redução de honorários.

Prática condenável é, sem dúvida, a difusão pelo rádio e pela televisão, o que se faz até através de *slides* projetados nos cinemas, ou com a distribuição de cartões e volantes na via pública.

Os anúncios de títulos e certas especializações são outorgados pela lei e pela ética, não se constituindo, de forma alguma, em fatos desonestos e imorais. Entretanto, não vemos nenhuma utilidade na divulgação dessas circunstâncias, pois ninguém irá procurar um médico simplesmente por ter ele feito estágio em determinado país ou ser possuidor de certos títulos. Em geral, procura-se um médico pela idoneidade moral e pelo seu notório saber. A publicidade de títulos e de cursos de aperfeiçoamento não deixa de ser, na verdade, uma forma de autopromoção.

Os letrados não podem ultrapassar a medida normal de 30 × 50 cm, para que esses anúncios não resultem demasiadamente apelativos da atenção, e para não darem uma impressão de propaganda. É claro que os hospitais e casas de saúde, por não deixarem de ser empresas, estão fora dessa exigência; porém, mesmo assim essas instituições não poderão usar os nomes dos facultativos que para elas trabalham, fora recomendações normativas.

É proibida a publicidade de êxitos terapêuticos, de cirurgias sensacionais, pois além de não levar nenhuma vantagem aos pacientes constitui-se numa forma de autopromoção. Fere também os princípios éticos e legais buscar a permissão do paciente para publicar manifestações de agradecimentos.

Outra prática condenável é a publicidade médica através de dísticos, símbolos ou gravuras alusivas à especialidade.

A Resolução CFM n.º 1974/2011 (Anexo I) determina que a propaganda ou publicidade médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, constando em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento: I – nome completo do médico; II – registro do médico junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo; III – nome da(s) especialidade(s) para a(s) qual(is) o médico se encontra formalmente habilitado (no máximo duas), se considerado pertinente; IV – o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

Determina também que na propaganda ou publicidade de empresa médica deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo estabelecimento: I – nome completo do médico no cargo de diretor técnico médico; II – registro do profissional junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo; III – nome do cargo para o qual o médico está oficialmente investido; IV – o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for.

E para a publicidade médica em órgãos do Sistema Único de Saúde deve cumprir os seguintes requisitos gerais, sem prejuízo do que, particularmente, se estabeleça para determinadas situações, sendo exigido constar as seguintes informações em todas as peças publicitárias e papelaria produzidas pelo

estabelecimento: I – nome completo do médico no cargo de diretor técnico médico da unidade mencionada; II – registro do médico junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM), contemplando a numeração e o estado relativo; III – nome do cargo para o qual o médico está oficialmente investido; IV – o número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for. As especificações técnicas para a inserção dos dados supracitados nas peças publicitárias em todas as mídias e na papelaria produzida (individual ou institucional, no caso de serviços públicos ou privados de saúde) estarão detalhadas a seguir.

O médico também fica proibido de anunciar que utiliza tecnologias que lhe possibilite condições privilegiadas ou que faz uso dela de forma exclusiva. Também proíbe a propaganda de métodos ou técnicas não aceitos pela comunidade científica, garantir, prometer ou insinuar bons resultados do tratamento ou permitir que seu nome circule em publicidade sem qualificação científica ou a divulgação de endereço e telefone de consultório.

Por ocasião das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, o médico deve evitar autopromoção e sensacionalismo, preservando, sempre, o decoro da profissão.

Entende-se por autopromoção a utilização de entrevistas, informações ao público e publicações de artigos com forma ou intenção de: angariar clientela; fazer concorrência desleal; pleitear exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos; auferir lucros de qualquer espécie; permitir a divulgação de endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço.

Admite-se como sensacionalismo: a divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, feita de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal; a utilização da mídia, pelo médico, para divulgar métodos e meios que não tenham reconhecimento científico; a adulteração de dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia; a apresentação, em público, de técnicas e métodos científicos que devem limitar-se ao ambiente médico; a veiculação pública de informações que possam causar intranquilidade, pânico ou medo à sociedade; o uso abusivo, enganador ou sedutor de representações visuais e informações que possam induzir a promessas de resultados.

Diz o artigo 11 da Resolução CFM n.º 1.974/2011 que, ao emitir documentos médicos, devem estes ser elaborados de modo sóbrio, impessoal e verídico, preservando o segredo médico, que os documentos médicos poderão ser divulgados por intermédio do Conselho Regional de Medicina, quando o médico assim achar conveniente e que os documentos médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão, sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor técnico médico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

Entre outros, diz a referida Resolução, em seu artigo 12, que o médico não deve permitir que seu nome seja incluído em concursos ou similares, cuja finalidade seja escolher o “médico do ano”, “destaque”, “melhor médico” ou outras denominações que visam ao objetivo promocional ou de propaganda, individual ou coletivo.

Quanto aos assuntos da *web*, principalmente em matéria inserida em “sites” para assuntos médicos, estes deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Codame. Os Conselhos Regionais de Medicina manterão, conforme os seus Regimentos Internos, uma Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) composta, minimamente, por três membros. Esta Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos terá como finalidade: Responder a consultas ao Conselho Regional de Medicina a respeito de publicidade de assuntos médicos; Convocar os médicos e pessoas jurídicas para esclarecimentos quando tomar conhecimento de descumprimento das normas éticas regulamentadoras,

anexas, sobre a matéria, devendo orientar a imediata suspensão do anúncio; Propor instauração de sindicância nos casos de inequívoco potencial de infração ao Código de Ética Médica; Rastrear anúncios divulgados em qualquer mídia, inclusive na internet, adotando as medidas cabíveis sempre que houver desobediência a esta resolução; Providenciar para que a matéria relativa a assunto médico, divulgado pela imprensa leiga, não ultrapasse, em sua tramitação na comissão, o prazo de 60 (sessenta) dias.

Devem ser considerados como títulos e qualificações idôneos aqueles conferidos por instituição universitária, pelas Associações ou por outra entidade médica de idoneidade comprovada, e, quando venham a surgir dúvidas sobre utilização de alguns títulos, deve o profissional consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos dos seus Regionais, visando a adequar a publicidade aos dispositivos éticos e legais. Proíbe, ainda, a citada Resolução qualquer anúncio de atividade médica em publicidade de hospitais e exige que constem sempre o nome do médico diretor-técnico e sua inscrição principal em cuja jurisdição se achar o estabelecimento de saúde.

## 7.2. MERCADO DA PERSONALIDADE

From, citado por Augusto Cechine (*Ética en medicina*, Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973), chama de *mercado da personalidade* a orientação mercantilista, levada pelo exibicionismo inescrupuloso de alguém que faz apresentar uma competência inexistente ou uma forma de publicidade, nos diversos meios de comunicação. Isto, em última análise, constitui-se numa maneira de “aparecer”.

Assim, entre outras coisas, não pode o médico oferecer publicamente seus serviços profissionais gratuitos aos pobres, pois esse fato já é demasiadamente conhecido como uma forma vulgar para mostrar-se “caridoso” e adquirir clientela. A caridade é necessária, mas deve ser exercida de maneira discreta e recatada, sem se fazer ostentação dessa filantropia, a fim de não torná-la um pretexto para a obtenção de fins escusos, através de uma “nobre ação”.

A publicação de trabalhos científicos ao público é também uma forma sutil de mercantilismo. Demonstra-se a capacidade médica é nas sociedades e academias médicas, ou nas revistas e órgãos de divulgação científica.

## 7.3. PUBLICAÇÕES MÉDICAS

Essas publicações devem ser feitas sempre com a finalidade de intercâmbio dos conhecimentos científicos, em órgãos de divulgação médica, ou nas sociedades de classe, sendo vedada a divulgação através da imprensa leiga.

As conferências ou divulgações médicas para o público não devem visar à propaganda pessoal, mediante o relato de êxitos profissionais. Devem limitar-se a revelar os conhecimentos necessários ao público, ajudando-o na luta contra as doenças, naquilo que é de interesse da saúde pública. E é necessário que essas conferências sejam realizadas por meios oficiais e com o conhecimento dos Conselhos Regionais de Medicina.

Isso não implica que o médico deixe de exercer, paralelamente à profissão, a arte de escrever sobre Medicina, em forma de cultura geral, não se devendo considerar isso uma autopromoção, uma vez que não traz benefício de ordem pessoal no desempenho de sua especialidade. Assim, nada mais justo que, tendo o médico atividades literárias, possa divulgar seus conhecimentos em jornais ou revistas, fora da órbita médica.

Quanto às publicações científicas, estão elas reguladas pelo Código de Ética, elaborado pelos

próprios médicos e que orienta tal procedimento consoante determinada forma de conduta. Entre outras coisas, manda o referido Código que se observem as seguintes normas: 1. na discordância de opiniões deve-se agir de modo estritamente impessoal; 2. criticar, quando for o caso, a matéria, e não o autor; 3. quando o trabalho é feito por equipe, não omitir os colaboradores, não podendo o médico aproveitar-se de sua posição hierárquica, usando exclusivamente seu nome; 4. toda citação deve trazer, de modo claro, as fontes de informação; 5. toda publicação científica deve ser acompanhada, no final, de bibliografia, a não ser que o autor intercale, durante o decorrer do texto, as fontes pesquisadas; 6. omitir sempre a identificação do paciente nos casos clínicos relatados, expondo apenas o necessário ao entendimento e à comprovação.

Diz a Resolução CFM n.º 1.974/2011 (Anexo I) que a participação do médico na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deve se pautar pelo caráter exclusivo de esclarecimento e educação da sociedade, não cabendo a ele agir de forma a estimular o sensacionalismo, a autopromoção ou a promoção de outro(s), sempre assegurando a divulgação de conteúdo cientificamente comprovado, válido, pertinente e de interesse público.

Nos anúncios veiculados por emissoras de rádio, TV e internet, a empresa responsável pelo veículo de comunicação, a partir da venda do espaço promocional, deve disponibilizar, à sociedade, as informações pertinentes ao médico e/ou diretor técnico médico, em se tratando de estabelecimento ou serviço de saúde.

A menção aos dados de identificação do médico/diretor técnico médico deve ser contextualizada na peça publicitária, de maneira que seja pronunciada pelo personagem/locutor principal; e quando veiculada no rádio ou na televisão, proferida pelo mesmo personagem/locutor.

Acrescenta, ainda, a citada Resolução que, nos casos de mídia televisiva, radiofônica ou auditiva, a locução dos dados do médico deve ser cadenciada, pausada e perfeitamente audível. Em peça veiculada pela televisão ou em formato de vídeo (mesmo que sobre plataforma *on-line*), devem ser observados os seguintes critérios: I – após o término da mensagem publicitária, a identificação dos dados médicos (se consultório privado) ou do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem ser exibidos em cartela única, com fundo azul, em letras brancas, de forma a permitir a perfeita legibilidade e visibilidade, permanecendo imóvel no vídeo, sendo que na mesma peça devem constar os dados de identificação da unidade de saúde em questão, quando for o caso. II – a cartela obedecerá ao gabarito RTV de filmagem no tamanho padrão de 36,5cmx27cm (trinta e seis e meio centímetros por vinte e sete centímetros); III – as letras apostas na cartela serão da família tipográfica *Humanist 777 Bold* ou *Frutiger 55 Bold*, corpo 38, caixa alta.

Nas peças exibidas pela internet, os dados do médico ou do diretor técnico médico devem ser exibidos permanentemente e de forma visível, inseridos em retângulo de fundo branco, emoldurado por filete interno, em letras de cor preta, padrão *Humanist 777 Bold* ou *Frutiger 55 Bold*, caixa alta, respeitando a proporção de dois décimos do total do espaço da propaganda.

## **7.4. INFORMAÇÕES MÉDICAS**

O médico pode, usando qualquer meio de divulgação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos”. Nestas ocasiões das entrevistas, comunicações, publicações de artigos e informações ao público, deve o médico evitar sua autopromoção e sensacionalismo, preservando sempre o decoro da profissão.

Entenda-se por *autopromoção* a forma de beneficiar-se, no sentido de angariar clientela, fazendo,

deste modo, concorrência desleal aos seus colegas, ou pleiteando exclusividade de métodos terapêuticos e diagnósticos ou auferir lucros. E por *sensacionalismo* utilizar os meios de comunicação, divulgando métodos e condutas que não tenham o devido reconhecimento científico, divulgar empresas comerciais de qualquer natureza ou modificar dados estatísticos ou de qualquer ordem visando a beneficiar-se ou beneficiar a instituição que representa ou integra e trazer a público informações que causem pânico e intranquilidade.

É proibida a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica. Determina que os médicos, ao proferirem palestras ou escreverem artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e/ou apresentações. A verdade é que a medicina experimentou nestes últimos anos uma notável transformação, surgindo em consequência e em relação a ela uma profunda mudança no seu comportamento em relação às pessoas, fato esse comprovadamente inevitável, e que se tornará no futuro ainda mais evidente.

Pierre Theil afirma que “vivemos uma época na qual o conhecimento científico rompeu os diques das bibliotecas, dos gabinetes de estudo e dos laboratórios (...); poderemos honestamente interferir no direito de adquirir conhecimentos da ciência médica, quando simultaneamente se permite que se adquiram informações sobre Psicologia, Sociologia, Matemática, Zoologia e Astronomia?” (FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*, 6. ed., São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2010).

A informação médica para o público, em primeiro lugar, não deve visar à propaganda pessoal mediante relato de êxitos profissionais ou a demonstração de um indiscutível saber. Estas informações devem se limitar a revelar os conhecimentos necessários à comunidade, ajudando-a na luta contra as doenças, naquilo que é de interesse da saúde pública.

Por outro lado, entendemos que, numa época em que a ciência médica busca desenvolver suas investigações no terreno da prevenção, seria um contrassenso deixar a população afastada das campanhas educativas, ignorante quanto ao conhecimento das doenças, fato este que constitui, muitas vezes, a causa de suas próprias enfermidades. Todavia, deve-se ter o cuidado de evitar que essa população seja distorcidamente informada, levando-a ao risco de tomar decisões incorretas e apressadas, em virtude de um juízo equivocado, principalmente no que se refere à autoterapêutica e ao autodiagnóstico.

É claro que uma boa orientação ao público, sob a égide das normas estabelecidas pela Lei e pelos Conselhos, pode tornar as pessoas mais esclarecidas sob males menos graves e evitáveis, o que as fazem mais conscientes na prevenção e na busca do tratamento devido.

Portanto, o fato não está em se discutir se devemos ou não dar tais informações. Mas em examinar cuidadosamente a forma mais adequada e útil desses informes, para que eles não se tornem prejudiciais à população. O fato de se olhar o problema sob a ótica corporativa da concorrência entre colegas parece-nos uma questão menor.

O médico pode, usando qualquer meio de comunicação leiga, prestar informações, dar entrevistas e publicar artigos versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos. E isto é válido, pois seria censurável que um órgão da sua dimensão e prestígio deixasse de utilizar um veículo tão importante de divulgação em favor da saúde pública, principalmente para as camadas mais desarrimadas da comunidade.

O fato é que as políticas públicas de saúde dos governos municipais, estaduais e federal têm sido omissas na utilização dos meios de informação em seus projetos na perspectiva de melhoria das condições de vida e de saúde das populações mais remotas.

Destarte, o que se deve evitar são as declarações barulhentas prestadas em entrevistas espalhafatosas, onde se usa o meio de comunicação como maneira de autopromoção, deixando a mensagem em favor da saúde muitas vezes empanada pela sutil retórica que promove uma habilidade surpreendente ou uma sabedoria inusitada.

No que se refere ao artigo 112 do Código de Ética Médica em vigor há uma justa repreensão às declarações feitas nos meios de divulgação, sem caráter educativo, cuja deliberada inclinação é o sensacionalismo e a autopromoção, procurando assim preservar o decoro profissional.

O acesso à notoriedade faz-se naturalmente por um processo lento de sedimentação, movido pela boa força da conduta ética e nunca pela presença do nome e do retrato nas colunas de jornais e das revistas, ou através das trêmulas aparições nos vídeos das tevês, como afirmava Alves de Menezes (Sugestões para um itinerário ético, *Revista do IML*, Rio de Janeiro, ano I, v. I, 1969).

Há alguns critérios basilares que não podem ser desconsiderados quando se utiliza o recurso da informação médica em veículos de divulgação de massa:

1. *Sobriedade*. A divulgação médica em veículos de comunicação de massa e voltada para o público deve ser feita de forma simples, evitando-se o exagero de linguagem e de matéria.

2. *Descrição*. O tipo de assunto divulgado não pode correr o risco da banalidade e do sensacionalismo, chegando às raias do interesse mercantilista ou do exibicionismo inescrupuloso como maneira de “aparecer”.

3. *Veracidade*. A matéria inserida na informação médica tem de se conter dentro dos limites da verdade científica, sem com isso necessitar de afetação do saber, mas como divulgação mínima de um conjunto de recomendações úteis e até imprescindíveis à população.

4. *Legalidade*. Também deve aquele que faz a informação nos meios de divulgação leiga respeitar as normas legais e as recomendações dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina que orientam a forma lícita e moderada de se informar o público com finalidades estritamente educativas.

Verificar de modo criterioso se as informações não se reportam à propaganda pessoal e ao interesse de quem quer se beneficiar da divulgação, apenas e tão só para obter vantagens para si próprio. Até porque esta é uma questão menor que atende apenas a interesses corporativistas numa alegada concorrência desleal entre profissionais de mesma especialidade. O importante mesmo é que as informações sejam vistas como uma proposta capaz de contribuir mais e mais com o crescimento das pessoas e com a transformação social.

Entender também que as informações não sejam passadas à população de forma distorcida, levando-a ao risco de tomar decisões incorretas e apressadas, em virtude de um juízo equivocado. Mas que sejam abordadas de forma simples, onde se evitou o descabimento do assunto sensacionalista e o exagero de linguagem. E que jamais a matéria divulgada corra o risco da banalidade e do exibicionismo, que não haja nela interesse mercantilista ou ostensivo de fazer notório quem a divulgava. Ainda mais quando o assunto discorrido se contém dentro dos muros da verdade científica, sem necessidade de afetação do saber, mas como propagação mínima de um conjunto de recomendações úteis e até imprescindíveis, como quem procura orientar de forma moderada o público com propostas simples e estritamente educativas.

Em síntese, é questão pacífica que esta discussão não passa pelo fato se devemos ou não devemos divulgar assuntos médicos para a população, mas essencialmente em cuidarmos da forma mais apropriada e mais vantajosa de verter essas informações dentro dos seus justos limites, de modo que elas se tornem uma ferramenta valiosa em favor da saúde individual ou coletiva. Também não se pode revogar de forma absoluta os meios de comunicação como instrumento de esclarecimentos à população, principalmente aquela mais carente, pelo indeclinável alcance deste projeto. Seria injusto negar sua

importância como meio de transformação social e de formação de opinião pública.

Fica claro que não há impedimento de o médico utilizar a mídia, de forma eficiente e cautelosa, quando o destino de sua informação é o bem público, tendo em conta que a ignorância de fatos sobre sua saúde é fator primordial na existência e na continuidade de seus males. E se a proposta vai nesta direção não se pode perceber nela qualquer afronta aos ditames que sustentam a Ética Médica.

O que se discute não é se o médico pode ou não informar o público pelos diversos meios de comunicação ou se deve ou não se deter em pequenos detalhes, mas analisar criteriosamente se a informação foi proveitosa e adequada aos interesses do público alvo.

Finalmente, não se deve deixar de dar ao CODAME (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos), criada para os Regionais, o papel significativo na condução das questões ligadas à publicidade médica.

## 7.5. A MEDICINA E A IMPRENSA

Ninguém pode negar a contribuição dos órgãos de informação na luta pelas conquistas coletivas. Não só nos episódios políticos antigos ou mais recentes, mas em todos os instantes que se elegeu o interesse público. É injusto questionar sua importância como veículo de transformação social e de formação da opinião pública.

No que se refere ao papel da Imprensa na divulgação de fatos ligados à saúde, seria interessante saber qual o seu limite ético e se é justo levantarem-se limites dessa ordem.

Entendemos que toda atividade humana está sujeita a uma conduta balizada por princípios, exigidos e consagrados pela sociedade em que se vive. Entendemos também que, ao se cobrar dos meios de comunicação certas posições, o que se quer não é aparelhar a divulgação do fato, mas que ele seja tão sincero e imparcial que as coisas sejam colocadas nos seus devidos lugares: no interesse do conjunto da sociedade e no respeito à dignidade de cada homem e de cada mulher. Não se pode aceitar a chamada “ética de resultado”, onde o que se procura é o ganho imediato, oportunisticamente conquistado para marcar “furos”.

Não é a regra, mas, infelizmente, esta tem sido a prática de certa fração da Imprensa, notadamente quando divulga fatos médicos. Veja-se, por exemplo, o enfoque que se tem dado aos propagados “erros médicos”, deixando de lado os significativos avanços das conquistas científicas e tecnológicas, a ponto de se perguntar: o que se quer atingir com essas notícias? Quem determina o que deve ou não deve ser veiculado e com que finalidade? Quantas “verdades” existem sobre um determinado fato e a quem a Imprensa serve? O que vale mais: a versão ou o fato?

Estas e outras indagações são colocadas por Hilário Lourenço de Freitas Junior (*Algumas questões sobre o relacionamento da imprensa com a medicina*, Anais do III Congresso Brasileiro de Ética Médica, Manaus, 1992), quando acrescenta que a Medicina também tem se mostrado muito relutante à ideia de compartilhar, com a sociedade, a hegemonia do saber médico, deixando a Imprensa sem meios de informar. E mais: ambas, a Medicina e a Imprensa, têm contas a acertar com o cidadão. Ambas têm um débito para com a verdade e um compromisso maior com a ética universal e com a moral das populações humanas de todo o mundo.

Se à Medicina comporta críticas ao seu hermetismo nem sempre justificado e ao seu corporativismo exagerado, cabe à Imprensa reparos à imensa concentração de poderes dos empresários da notícia, à sua submissão ao poder econômico e político, à sua atenção deliberada ao sensacionalismo, à invasão da privacidade do cidadão, à manifesta intolerância em favor das mudanças sociais e à negação do direito

de defesa que merece o acusado.

É claro que não se pode responsabilizar a Imprensa por fatos que ela se limita apenas a informar, mesmo que de forma equivocada. Mas bem que ela seria importante à medida que contribuisse para o aperfeiçoamento do sistema de saúde e para o aprimoramento da própria profissão médica.

Assim, a Medicina e a Imprensa têm contas a acertar com o cidadão. Ambas têm um débito para com a verdade.

Finalmente, nessa relação deve ficar claro que ao médico é oportuno repensar seu ato profissional como perspectiva de ato político, capaz de enfrentar as condições mais adversas no seu mister. E à Imprensa, o compromisso de informar com imparcialidade e correção, transformada num instrumento não só de formação de opinião pública, mas num meio efetivo de ajudar as coletividades, principalmente as mais desarrimadas, a escrever a história contemporânea de seus anseios e de suas necessidades.

A Resolução CFM n.º 1.974/2011 (Anexo I) determina ao médico que, ao conceder entrevistas, repassar informações à sociedade ou participar de eventos públicos, anunciar de imediato possíveis conflitos de interesse que, porventura, possam comprometer o entendimento de suas colocações, vindo a causar distorções com graves consequências para a saúde individual ou coletiva. Nestas participações, o médico deve ser identificado com nome completo, registro profissional e a especialidade junto ao Conselho Regional de Medicina, bem como cargo, se diretor técnico médico responsável pelo estabelecimento.

A participação do médico na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deve se pautar pelo caráter exclusivo de esclarecimento e educação da sociedade, não cabendo a ele agir de forma a estimular o sensacionalismo, a autopromoção ou a promoção de outro(s), sempre assegurando a divulgação de conteúdo cientificamente comprovado, válido, pertinente e de interesse público.

Em suas aparições o médico deve primar pela correção ética nas relações de trabalho, sendo recomendado que não busque a conquista de novos clientes, a obtenção de lucros de qualquer espécie, o estímulo à concorrência desleal ou o pleito à exclusividade de métodos diagnósticos e terapêuticos. Essas ações não são toleradas, quer em proveito próprio ou de outro(s).

Diz, ainda, a citada Resolução, em seu Anexo I: é vedado ao médico, na relação com a imprensa, na participação em eventos e no uso das redes sociais: a) divulgar endereço e telefone de consultório, clínica ou serviço; b) se identificar inadequadamente, quando nas entrevistas; c) realizar divulgação publicitária, mesmo de procedimentos consagrados, de maneira exagerada e fugindo de conceitos técnicos, para individualizar e priorizar sua atuação ou a instituição onde atua ou tem interesse pessoal; d) divulgar especialidade ou área de atuação não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades; e) anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina; f) anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, com indução à confusão com divulgação de especialidade; g) utilizar sua profissão e o reconhecimento ético, humano, técnico, político e científico que esta lhe traz para participar de anúncios institucionais ou empresariais, salvo quando esta participação for de interesse público; h) adulterar dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia; i) veicular publicamente informações que causem intranquilidade à sociedade, mesmo que comprovadas cientificamente. Nestes casos, deve protocolar em caráter de urgência o motivo de sua preocupação às autoridades competentes e aos Conselhos Federal ou Regional de Medicina de seu estado para os devidos encaminhamentos; j) divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou

descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente; k) garantir, prometer ou insinuar bons resultados de tratamento sem comprovação científica; l) anunciar aparelhagem ou utilização de técnicas exclusivas como forma de se atribuir capacidade privilegiada; m) divulgar anúncios profissionais, institucionais ou empresariais de qualquer ordem e em qualquer meio de comunicação nos quais, se o nome do médico for citado, não esteja presente o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (observando as regras de formato constantes deste documento). Nos casos em que o profissional ocupe o cargo de diretor técnico médico, o exercício da função deve ser explicitado; n) consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância; o) expor a figura de paciente como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento; p) realizar e/ou participar de demonstrações técnicas de procedimentos, tratamentos e equipamentos de forma a valorizar domínio do seu uso ou estimular a procura por determinado serviço, em qualquer meio de divulgação, inclusive em entrevistas. As demonstrações e orientações devem acontecer apenas a título de exemplo de medidas de prevenção em saúde ou de promoção de hábitos saudáveis, com o intuito de esclarecimento do cidadão e de utilidade pública; q) ofertar serviços por meio de consórcios ou similares, bem como de formas de pagamento ou de uso de cartões/cupons de desconto.

## **7.6. USO DE MARCAS E NOMES COMERCIAIS**

Em certas e determinadas situações, o médico, numa tarefa didática (escrevendo ou falando), deve, sempre que possível, ao sugerir uma terapêutica, indicar apenas o nome do sal do medicamento.

Não constitui ato desonesto ou antiético o fato de o médico preferir este ou aquele produto comercial, sobretudo quando sua experiência lhe dá maior confiança.

No entanto, a partir do momento em que o expositor se dirige à população médica, por escrito ou verbalmente, deve poupar alusões a determinados nomes comerciais. E quando tais alusões forem necessárias, ou se tornarem imprescindíveis, é de bom alvitre afirmar que sua experiência baseia-se naquele produto, sem contudo procurar induzir que essa especialidade farmacêutica seja melhor que outra. Ainda é mais justificável na hipótese de existirem marcas comerciais destituídas de similaridade. Por outro lado, não vemos justificativa para a citação de todos os outros produtos congêneres.

É claro que o médico-leitor ou o médico-ouvinte, em geral menos adestrado, necessita de ensinamentos objetivos e fáceis. A indicação pura e simples do sal, de nome complexo e extenso, talvez não alcançasse seu propósito.

O mesmo ocorre no setor instrumental, onde não é aconselhável recomendar que este ou aquele aparelho é mais fascinante e eficiente; posto que, mesmo sem a devida intenção, estaria o expositor fazendo publicidade daquele instrumental. Deve, sim, não só explicar-lhe simplificada o mecanismo operacional, mas asseverar que sua observação fundamentou-se naquele tipo de aparelho. A soma de muitas informações dirá, sem dúvida, qual o melhor e o mais prático.

O médico de hoje já não utiliza uma farmacopeia tão restrita. Embora seja conhecedor de inúmeras drogas, é indiscutível que ele procure restringir-se a uma escolha seletiva aprovada pela sua observação, em virtude de existir uma profusão de drogas no mercado, “inventadas” unicamente por espírito comercial, constituindo-se numa verdadeira “roleta molecular”, como manobras de concorrência.

O velho e simpático farmacêutico que manipulava as fórmulas passadas pelos médicos no fundo das boticas viu-se obrigado a desaparecer e dar lugar aos formidáveis e imponentes complexos industriais que, de todas as formas, lutam pela conquista dos mercados, utilizando-se de uma técnica propagandística

nem sempre recomendável. A propaganda farmacêutica não pode deixar de ser submetida à apreciação do Ministério da Saúde e guardar uma conveniente descrição, a fim de evitar enganos e exageros capazes de confundir o médico ou prejudicar o público consumidor.

Não se pode negar que a indústria farmacêutica gasta elevadas somas em caríssimas propagandas policrômicas – raramente lidas pelos médicos, em coquetéis, em anúncios publicitários leigos e científicos, em certos favores e patrocínios, alguns deles plenamente aceitáveis.

Toda essa fabulosa soma gasta, no entanto, poderia ser endereçada à produção de medicamentos de melhor qualidade e menor preço, ou através de incentivos às clínicas universitárias no campo da observação terapêutica.

A indústria farmacêutica não deve redundar numa indústria qualquer, uma vez que o seu raio de ação é a saúde do consumidor.

Com efeito, o profissional da Medicina, às voltas com a sua atividade, de ordinário não pode julgar, por si mesmo, a eficácia dos produtos que prescreve. E quando ele escolhe aqueles fabricados por instituições de maior prestígio, esses medicamentos nem sempre correspondem à realidade presente.

Genericamente sua experiência é oriunda da própria observação, da leitura de trabalhos publicados em revistas especializadas, ou, finalmente, trazida pelo “visitador médico”, de contribuição valiosa, mas limitada, visto que só divulga ele, como é natural, aquilo que favorece sua Empresa, omitindo, por conseguinte, seus concorrentes. Por isso, não deve o médico aceitar passivamente essa instrução como fato indiscutível, nem ser usado como colaborador na corrida competitiva adotada por alguns produtores de drogas.

Foi assim que, nos Estados Unidos, em janeiro de 1959, surgiu a publicação *The Medical Letter*, editada sem financiamento ou ajuda econômica da indústria farmacêutica. Seu principal objetivo é a avaliação crítica de toda nova droga, fornecendo informações preliminares e, posteriormente, os resultados da observação de seu uso. É claro que essa iniciativa nem sempre tem merecido o apoio das indústrias sobreditas.

Outro fato significativo é a inclusão de propaganda de produtos farmacêuticos em revistas e jornais médicos. Essa circunstância não deixa de levar muitos profissionais à ideia de que essa publicidade seja uma garantia da indiscutível qualidade dos produtos anunciados.

Não se pode esquecer, afinal de contas, que a colaboração da indústria farmacêutica é algo importante na solução do problema financeiro das edições e manutenção das publicações. No entanto, mais dia menos dia, essas indústrias terão, inevitavelmente, o monopólio das divulgações médicas, editando matéria de suas conveniências, o que dá margem a sérias reservas acerca do aspecto ético da questão. A divulgação científico-médica passaria a ter importância secundária.

Quando toleramos a inclusão de propaganda relativa a certas drogas em revistas médicas, sabendo que a efetividade das mesmas não coincide com as excelências preconizadas, estamos aceitando passivamente a mentira. Quando solicitamos a ajuda financeira da indústria farmacêutica para solucionar os problemas das nossas próprias publicações, estamos nos tornando escravo da ditadura industrial.

Acreditamos ter chegado o momento de nossos órgãos médicos de divulgação passarem a encarar a situação de maneira mais adequada.

## **7.7. BOLETIM MÉDICO**

Outro fato significativo é o das declarações médicas, não muito raramente publicadas nos órgãos de divulgação, envolvendo a doença ou o estado de saúde de certos pacientes, sobretudo quando ocupam

cargos e situações privilegiadas.

Há quem defenda a ideia de que os médicos estariam obrigados a divulgar detalhadamente a enfermidade e evolução clínica das pessoas influentes, para que a sociedade soubesse de suas verdadeiras condições. Outros admitem que, por mais importante que seja o paciente, em vida ou após a morte, deve-se-lhe respeitar as circunstâncias de natureza privada e que o médico deve orientar-se pelos princípios que regem o Código de Ética Médica, relativos ao segredo profissional. E, finalmente, há outros que advogam a ideia da administração política do fato, como forma de proteger e resguardar os interesses de ordem pública, de assegurar a ordem social e de manter o equilíbrio emocional das coletividades.

No entanto, tem prevalecido o conceito de que é censurável trazer ao conhecimento público fatos que não interessam de imediato e de que a informação seja sempre discreta e simples, fazendo transpirar somente se a situação continua grave, se preocupa seriamente os médicos, se há possibilidades de recuperação, ou se o paciente está convalescendo e com condições de alta próxima.

A Resolução CFM n.º 1.974/2011 diz que os Documentos Médicos devem preservar o segredo médico. Jamais devem ser enganosos no diagnóstico ou no prognóstico, ainda que sejam feitos para satisfazer exigências sociais, políticas ou financeiras.

Nada mais justo que essas informações sejam mantidas fiéis ao critério do segredo médico, mesmo que elas sejam do conhecimento geral, posto que sua confirmação dará sinais de certeza ao fato, tendo-se em vista a condição do médico ser a de conhecedor de toda a verdade.

Diz ainda a citada Resolução que os Documentos Médicos (Boletins Médicos), nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão sempre ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor-técnico da Instituição, ou, em sua falta, pelo seu substituto.

Nesse particular, entendemos que subscrever o Documento Médico (Boletim Médico) na qualidade de Diretor do Hospital não lhe dá a condição de corresponsável técnico nem tutor das veridades dos informes elaborados pelos médicos assistentes, pois não lhe cabe intervir na discussão diagnóstica, prognóstica e terapêutica de cada caso. A responsabilidade está em quem atesta, pois atestar é provar, comprovar ou reprovar. É sabido que a atividade de diretor de um hospital é uma atividade político-administrativa que o isenta da intromissão nos procedimentos propedêuticos e terapêuticos. É inadmissível exigir-se do diretor reexaminar todo o paciente do qual ele subscreve um boletim. Ainda mais quando especialistas renomados avalizam o diagnóstico e o tratamento.

Desta forma, o Documento Médico (Boletim Médico) é uma exigência à qual não podemos nos opor. Ele faz parte do direito que tem a sociedade de ser informada sobre condições de saúde de pessoas que transcendem a sua mera condição de cidadão. Resta-nos, apenas, a obrigação de divulgar o estritamente necessário, sem saciar certos impulsos de curiosidade, nem aproveitar determinadas situações para promover, em hora tão grave, a nossa própria imagem.

Quando Winston Churchill esteve internado pela última vez, na véspera de sua morte divulgou-se um Boletim Médico com a simples afirmativa: “Agravou-se o estado de saúde do Ministro Churchill. Mas o doente dormiu, tranquilamente, toda a noite”. Não havia maneira mais elegante e mais prudente de se anunciar que o doente entrara em coma e que o prognóstico era sombrio. Ou como aquele outro que se limitava puramente a informar: “O paciente entrou em convalescença e brevemente estará de alta”.

A Ordem dos Médicos da Itália suspendeu definitivamente o Prof. Galleazzi Lizi do exercício da profissão, em virtude de ele ter abusado da confiança do Papa Pio XII, fornecendo informações à imprensa sobre a doença de Sua Santidade, inclusive com fotografias em que aparecia ele junto ao Sumo Pontífice.

Finalmente não se pode esquecer que, mesmo diante de certas situações, tais como interesse do estado ou da sociedade, deve o médico informar apenas particularidades que se tornem úteis. Sem incorrer em intimidades desnecessárias, sem denegrir o conceito dos pacientes, restringindo-se tão somente às elevadas finalidades que conduzem o médico a fazer tais declarações.

## 7.8. TELEMEDICINA

A partir de algum tempo para cá, inúmeras têm sido as oportunidades em que os médicos se valeram dos recursos da tecnologia das comunicações, a exemplo do fax, do telefone, da videoconferência e do correio eletrônico, como forma de atender e beneficiar seus pacientes. Estes meios mais sofisticados da recente tecnologia da informação e da comunicação por certo vão facilitar ainda mais não só o intercâmbio entre os profissionais de saúde e os pacientes, mas também o uso de tais recursos no sentido de resolver casos de ordem propedêutica e terapêutica.

Desta forma, pode-se conceituar *Telemedicina* como todo esforço organizado e eficiente do exercício médico a distância que tenha como objetivos a informação, o diagnóstico e o tratamento de indivíduos isoladamente ou em grupo, desde que baseado em dados, documentos ou outro qualquer tipo de informação confiável, sempre transmitida através dos recursos da telecomunicação. Tal conceito e prática foram recomendados ultimamente pela Declaração de Tel Aviv, adotada pela 51.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em outubro de 1999, a qual trata das “Normas Éticas na Utilização da Telemedicina”.

A verdade é que as redes internacionais de computadores eliminaram os limites geográficos, permitindo uma nova e fascinante experiência na sociedade global ligada eletronicamente, desafiando assim todas as formas convencionais do exercício tradicional da medicina.

Em face destes acontecimentos, invariavelmente vêm surgindo alguns problemas, principalmente pela não existência de normas internacionais e de órgãos mediadores capazes de limitar um ou outro impulso com regras éticas e legais bem definidas. Daí se perguntar: como garantir os níveis mínimos de qualidade do sistema de *teleassistência*? Qual a melhor forma de garantir a confidencialidade e a segurança dos dados enviados e das recomendações recebidas? Como se criar um padrão de qualidade internacional capaz de atender aos interesses dos pacientes e dos médicos do mundo inteiro?

O fato é que não dispomos ainda em nosso país de instrumentos jurídicos e de normas éticas específicas para regular o sistema eletrônico de troca de informações no campo da medicina. Além disso, ainda existe por parte dos Conselhos de Medicina uma resistência a este modelo assistencial.

As razões mais manifestas para a implantação do sistema de *Telemedicina* são o envelhecimento da população e o aumento progressivo dos pacientes crônicos e com caráter degenerativo, a elevação dos custos com a saúde e as dificuldades de acesso ou traslado para as clínicas e hospitais.

Assim, a *Telemedicina* constitui-se hoje um campo muito promissor no conjunto das ações de saúde e os seus fundamentos devem começar a ser parte da educação médica básica e continuada. Deve-se oferecer oportunidades a todos os médicos e outros profissionais de saúde interessados nesta interessante forma de assistência.

*Ipsa facto*, não há como desconhecer que o uso adequado desta inovadora forma de atendimento ao paciente pode trazer inúmeras e potenciais vantagens, e, ainda, a possibilidade que tal estratégia tem de avançar cada vez mais. Não só pelo fato do pronto atendimento em locais mais remotos, senão ainda pela oportunidade de acesso aos especialistas da medicina curativa ou preventiva. Um exemplo bem simples disto é a transmissão de imagens e resultados de exames transmitidos a uma avaliação a distância em

áreas como radiologia, patologia, cardiologia, neurologia, entre outras. Ainda mais: tais propostas, além de poderem quando bem utilizadas beneficiar os pacientes – agindo prontamente, diminuindo custos e minimizando riscos com suas locomoções –, atraem um maior número de especialistas em favor dos níveis de vida e de saúde das pessoas.

O uso da *Telemedicina* depende, pois, do acesso aos meios tecnológicos modernos, que infelizmente não são disponíveis em todas as regiões do nosso planeta. Ademais, deve-se considerar que essa abordagem, principalmente a da assistência curativa ao paciente, conhecida como *teleassistência*, deve resumir-se a situações muito específicas da urgência e da emergência, pois em muitas dessas eventualidades não existe médico no local.

Por tal razão, a *Telemedicina* traz consigo uma série de posturas que se confrontam com os princípios mais tradicionais da ética médica, principalmente no aspecto da relação médico-paciente, além de alguns problemas de ordem jurídica que podem despontar na utilização deste processo, pois ele suprime o momento mais eloquente do ato médico, que é a interação física do exame clínico entre o profissional e o paciente.

Neste processo, muitas vezes a relação médico-paciente exige a transmissão de informações eletrônicas – como pressão arterial e eletrocardiogramas, chamada de *televigilância*, e para tanto é necessário que se faculte certo aprendizado ao paciente e seus familiares, para que eles possam receber e transmitir informações necessárias e imprescindíveis na assistência de certas doenças crônicas como diabetes e hipertensão, ou em algumas deficiências físicas e gravidez difícil. Quando existem profissionais de saúde no local, a informação destes dados se apresenta de forma mais segura.

Já se cogita da consulta normal do paciente com seu médico através dos meios de telecomunicação, como a Internet, e por isso chamada de *teleconsulta* ou *consulta em conexão direta*, onde não existe o contato frontal com o examinado nem os dados semióticos disponíveis, e, desta forma, sem a presença de outro médico no local. Começa a partir daí uma série de riscos que passa pela incerteza, pela insegurança e pela desconfiança das informações, e, por outro lado, o paciente teme pela identidade e credenciamento do médico e pela confidencialidade das suas declarações.

O fundamento basilar de todos os procedimentos nesta forma de relação médico-paciente – independente do valor e do tipo de processo eletrônico utilizados – não pode se afastar dos irrecusáveis princípios da ética médica a que estão sujeitos os médicos por irrecusáveis compromissos históricos e profissionais.

### **7.8.1. A relação médico-paciente**

Em princípio, a *Telemedicina* não pode subverter os ditames que sustentam e dignificam a relação individual entre o médico e o paciente. Se este recurso eletrônico for ministrado de forma correta e competente, ele tem um potencial muito grande de não só trazer mais benefícios, mas também de melhorar e ampliar esta relação através das inúmeras oportunidades de comunicação e acesso de ambas as partes. Todos sabem que a relação médico-paciente deve ser construída através do respeito mútuo, onde exista a independência técnica de opinião e de conduta e o princípio da autonomia que outorga ao paciente o direito de ser respeitado na sua privacidade. Por isso, impõe-se nesta relação uma dupla identidade de confiança e de respeito.

Parece-nos que a mais precisa indicação do uso da *Telemedicina* seja nos casos em que um profissional necessita de orientação de um colega mais experiente que se encontra distante. Fica claro que tal procedimento só está justificado quando aquele outro profissional não pode estar presente, pois o

ideal é que o paciente veja seu médico na consulta ou na realização de um procedimento, ou pelo menos conte com uma relação preexistente. Por isso é fundamental a permissão do paciente.

Todas as informações transmitidas sobre o paciente ao médico consultado só têm respaldo se elas são permitidas por aquele de forma livre e consciente ou pelos seus responsáveis legais. Excetua-se os casos de comprovado iminente perigo de vida. Nestas oportunidades, onde se emprega meios eletrônicos, não é raro o vazamento de informações e por isso se impõem todas as medidas de segurança para que esse indesejado resultado não venha ocorrer, protegendo-se desse modo a confidencialidade do paciente.

Todavia, há situações, como na urgência e na emergência, onde deve prevalecer a situação periclitante do paciente, ficando com o médico a decisão daquela consulta e daquelas recomendações, embora apenas isso não isente o médico de responder por outros deveres de conduta, como o de *vigilância* e de *abstenção de abuso*.

### **7.8.2. A responsabilidade dos médicos**

Mesmo que a decisão de usar a *Telemedicina* seja em benefício do paciente, o médico não tem a liberdade absoluta de recomendar ou se utilizar desses conselhos a distância, principalmente se isso envolve a privacidade e o respeito ao sigilo em favor do assistido. Por isso é falso dizer-se que a decisão de utilizar ou recusar a *Telemedicina* seja baseada somente no possível benefício do paciente.

O médico que utiliza a *Telemedicina* diretamente ao paciente, mesmo com seu *consentimento esclarecido*, não deixa de ser responsável pelos maus resultados advindos deste recurso, seja na conclusão do diagnóstico, do tratamento ou das intervenções realizadas. O médico que solicita de outro colega uma opinião fica responsável pela condução do tratamento e de outra qualquer decisão que ele venha tomar na assistência do seu paciente. O mesmo se diga quanto ao *teleconsultado* no tocante à sua responsabilidade naquilo que é atinente à qualidade e à quantidade da informação, a não ser que fique provada a existência do recebimento de informações precárias ou equivocadas. Ele não pode responder se não obteve suficiente informação do paciente ou mesmo do médico local para que pudesse dar uma opinião bem fundamentada.

Quando essas informações são repassadas por pessoas não médicas, é muito importante que o médico *teleconsultado* se assegure bem da formação e da competência destes outros profissionais de saúde, no sentido de garantir uma utilização devidamente apropriada e que não tenha nenhuma implicação nos seus aspectos ético-legais.

### **7.8.3. Responsabilidade do paciente**

Muitas são as ocasiões em que o próprio paciente é quem assume a responsabilidade da coleta e da transmissão dos dados ao médico que está distante. Quando isto venha a ocorrer, exige-se do profissional o dever de assegurar-se da certeza daquilo que o paciente informa ou se o que ele recebe como informação será corretamente realizado. Tem o médico o dever de procurar avaliar se o paciente tem uma compreensão compatível com o nível de informações enviadas e recebidas, e se com isso ele vai utilizá-las de forma adequada, pois todo sucesso da orientação a distância depende de tal entendimento. A mesma regra se aplica a um membro da família ou a outra pessoa que possa ajudar o paciente a utilizar a *Telemedicina*.

#### **7.8.4. A qualidade da atenção e a segurança na telemedicina**

O médico só pode optar pelo uso da *Telemedicina* se este for o melhor caminho em favor do seu paciente, sabendo que ele será responsável pela qualidade da atenção que seu assistido venha receber. Em vista disso tem de avaliar se existe uma estrutura capaz de assegurar se as orientações enviadas serão suficientemente entendidas e em condições de serem colocadas em favor do paciente conforme as recomendações dirigidas. Para tanto é preciso que se disponha de meios eficazes para avaliar a qualidade e a precisão da informação enviada. O médico consultado só deve dar opiniões e recomendações ou tomar outra qualquer decisão se a qualidade da informação recebida é suficiente e pertinente para o caso em questão.

#### **7.8.5. História clínica do paciente**

É norma obrigatória que na utilização da *Telemedicina* tanto o médico consultado como o médico consulente mantenham prontuários clínicos adequados dos pacientes e que os detalhes de cada caso sejam registrados de forma devida. Devem-se anotar todos os dados de identificação do paciente, assim como a quantidade e a qualidade das informações recebidas. O mesmo se diga dos achados, recomendações, condutas indicadas e cuidados utilizados, além de se manter todas essas informações em condições de serem preservadas pelo tempo recomendado pelo Conselho Federal de Medicina, que está estipulado em dez anos. Acresça-se a isto também a necessidade imperiosa de se usar meios eletrônicos confiáveis para que a transmissão e o arquivamento das informações trocadas sejam protegidos e garantidos em favor da privacidade do paciente.

#### **7.8.6. Recomendações**

Recomenda-se, segundo as Normas Éticas de Utilização da Telemedicina da Associação Médica Mundial, que se promovam programas permanentes de formação e avaliação das técnicas de *medicina a distância*, no tocante à qualidade da relação médico-paciente, da eficácia e dos custos; que se elaborem e se implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício capazes de serem usadas como instrumento na formação de médicos e de outros profissionais de saúde capazes de utilizar a *Telemedicina*; que se fomentem a criação de protocolos padronizados; que se incluam os problemas médicos e legais nos programas de *teleassistência*, como a qualificação dos médicos destes recursos, a forma de responsabilidade ética e legal dos profissionais envolvidos e a obrigação da elaboração dos prontuários médicos; e que se estabeleçam normas para o funcionamento adequado das teleconsultas, onde sejam incluídas as questões ligadas à comercialização e à exploração destes sistemas.

#### **7.8.7. Conclusões**

Em face do exposto, fica evidente que a *Telemedicina* ainda se encontra numa fase de franca expansão e muito necessita de ser estruturada e regulada, notadamente no que diz respeito a suas implicações éticas e legais. Não acreditamos que a velha fórmula da medicina tradicional venha ser superada, mas com certeza a *teleassistência* será uma ferramenta a mais com que contará o médico no futuro para vencer as distâncias e estabelecer propostas mais objetivas de acesso a procedimentos de alta complexidade em favor de comunidades hoje ainda tão desassistidas.

Vencida a euforia de muitos e superados alguns obstáculos que ainda persistem, principalmente ligados à relação médico-paciente, a experiência vem demonstrado que em certas especialidades a contribuição será bem efetiva, sem contudo deixar de enfatizar ser este método uma opção quando não se tem condições de exercer a medicina nos seus padrões habituais. E mais: nem todas as comunidades e nem todo cidadão têm condições de adquirir os equipamentos de alta definição e as vias de transmissão de alta velocidade.

A relação física médico-paciente necessita de ser mais bem regulada, entendendo que entre eles vai existir a presença da máquina e que o sigilo das informações recebidas e transmitidas deve ser mantido por mecanismos de total segurança, pois os prontuários eletrônicos dos assistidos não podem ser devassados, tendo em vista o respeito e a garantia da privacidade que merece todo homem e toda mulher. Lamentavelmente o sistema de informações criptografadas é inúmeras vezes mais inseguro que os baseados nas velhas fichas e papéis.

Finalmente, já sabemos que a tecnologia de que dispomos nos dias de agora permite, por via telefônica ou por meio de sinais de rádio digitalizado, canalizar via satélite uma boa recepção de imagens audiovisuais de uma radiografia escaneada, enviar uma ecografia ou um eletrocardiograma até um vídeo a distância, viabilizar uma consulta entre dois médicos em continentes diferentes, auscultar um coração e invadir uma cavidade no recôndito do corpo humano.

Resta tão só entender que, mesmo diante de tantos recursos e de tanta necessidade na expansão da assistência médica às comunidades mais desarrimadas, deverá existir sempre o cuidado de se regular por normas de conduta que respeitem a dignidade do paciente e que permita entender que a presença física do médico junto ao seu paciente é uma prática dificilmente substituível.

## **7.9. CRITÉRIOS PARA MATERIAL IMPRESSO (RECEITUÁRIOS, FORMULÁRIOS, GUIAS E OUTROS)**

A Resolução CFM n.º 1.974/2011 (Anexo I) determina que em material impresso, de caráter institucional, usado para encaminhamentos clínicos ou administrativos, devem ser observados os seguintes critérios: “I – os dados de identificação do diretor técnico médico (se estabelecimento/serviço de saúde) devem constar em local de destaque na peça; II – os dados devem vir ao lado ou abaixo da logomarca e das informações de identificação do estabelecimento/serviço de saúde, permitindo com facilidade sua leitura por observarem perfeita legibilidade e visibilidade; III – os dados devem ser apresentados no sentido de leitura da esquerda para a direita, sobre fundo neutro, sendo que a tipologia utilizada deverá apresentar dimensão equivalente a, no mínimo, 35% do tamanho do maior corpo empregado no referido anúncio; IV – nas peças, os dados do médico devem ser inseridos em retângulo de fundo branco, emoldurado por filete interno, em letras de cor preta ou que permita contraste adequado à leitura; V – no caso dos estabelecimentos/serviços de saúde, a inclusão dos dados do diretor técnico médico não elimina a necessidade de citar em campo específico o nome e CRM do médico responsável pelo atendimento direto do paciente. Tal inclusão deve ocupar espaço de destaque no formulário e também observar critérios de visibilidade e legibilidade; VI – os dados não necessariamente necessitam estar impressos, mas podem ser disponíveis por meio de carimbos; VII – é possível o uso de variações cromáticas na inserção dos dados, desde que mantidos os cuidados para a correta identificação dos mesmos, sem prejuízos de leitura ou visibilidade; VIII – a versão monocromática só pode ser usada em casos onde não haja opção para uso de mais de uma cor, optando-se pelo preto ou branco ou outra cor padrão predominante; IX – as proporções dos dados inseridos devem ser observadas com critério para

assegurar sua leitura e identificação, imprescindíveis ao trato ético em atividades relacionadas à publicidade, propaganda e divulgação médicas; × – para que outros elementos não se confundam com os dados de identificação do médico, os mesmos devem ser mantidos numa área, dentro da peça, que permita sua correta leitura e percepção. Deve-se observar o campo de proteção e reserva, conforme exemplificado ao lado; XI – utilizando como referência o espaço mantido entre a primeira e a segunda linha nas quais os dados foram inseridos ou entre a primeira e a segunda letra da primeira palavra, nenhum elemento gráfico ou de texto deve invadir essa área; e os dados devem ser mantidos no interior de uma área de respiro; XII – para preservar a legibilidade dos dados do médico nos mais diversos meios de reprodução, deve-se observar a correta percepção dos mesmos com relação ao contraste de fundo sobre o qual estão aplicados. Sobre cores claras e/ou neutras, a versão preferencial mostra-se, em positivo, eficiente. Sobre cores escuras e/ou vividas, optar pela versão em negativo dos dados. Sobre fundos ruidosos e imagens, usar a versão com módulo de proteção; XIII – para aplicação dos dados sobre fundos em tons de cinza e preto, deve-se observar a escala ao lado. Até 30% de *benday* pode-se optar pela versão preferencial. A partir de 40%, pela versão em negativo do logotipo; XIV – a fim de preservar a boa leitura e visibilidade dos dados essenciais do profissional, devem ser criteriosamente observadas sua integridade e consistência visual, evitando-se alterações ou interferências que gerem confusão ou visualização e/ou compreensão inadequadas”.

## 7.10. PROMOÇÃO PESSOAL: COMO FAZÊ-LA DE FORMA ÉTICA?

Ninguém discute hoje a utilidade e a licitude do anúncio pelos meios de publicidade como forma de divulgar uma forma de prestação de serviços médicos, quando os meios de comunicação abrem perspectivas as mais diversas e as mais eficazes no mundo da promoção. Não se pode duvidar dessa necessidade e dessa oportunidade de se fazer notório, principalmente quando se exerce uma atividade que necessita de divulgação. O Código de Ética Médica diz de forma dogmática em seu artigo 112: é vedado ao médico “divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico”. Quando se exerce uma profissão como a medicina, balizada por uma ética mais convencional, exigem-se alguns critérios, entre os quais se podem destacar:

1. *Sobriedade*. A publicidade do médico tem de ser sóbria, comedida e objetiva, não se exagerando na forma, tamanho e cores, tão ao gosto das formas publicitárias comerciais, através de anúncios exagerados em tamanho e linguagem.

2. *Descrição*. A forma de promoção médica não pode correr o risco do exagero e do sensacionalismo, chegando às raias do chamado *mercado da personalidade*, quase sempre de ostentação mercantilista, levado pelo exibicionismo inescrupuloso e pela maneira de “aparecer”.

3. *Veracidade*. A publicidade médica tem de se inserir dentro dos limites da verdade, com a divulgação mínima da uma qualificação profissional idônea, sem com isso querer dar ao público conhecimento de títulos falsos e ambíguos, especialidades diversas e divulgação de serviços gratuitos.

4. *Legalidade*. Também deve aquele que faz sua publicidade médica respeitar as normas legais e as recomendações do Conselho Federal de Medicina que orienta a forma lícita e moderada de se divulgar.

A Resolução CFM n.º 1.595/2000 proíbe a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica. Determina que os médicos, ao proferir palestras ou escrever artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e/ou apresentações. E

afirma que os editores médicos de periódicos, os responsáveis pelos eventos científicos em que artigos, mensagens e matérias promocionais forem apresentadas são corresponsáveis pelo cumprimento das formalidades desta Resolução.

Finalmente não se deve deixar de dar ao CODAME (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos), regimentalmente criada para os Regionais, o papel significativo na condução das questões ligadas à publicidade médica.

## 7.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organizações Andrei Editora, 1979.
- CECHINE, A. L. Ética en medicina. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
- COSTA, JR. Profissões liberais: autonomia. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- COUTINHO, L. M. Código de Ética Médica comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
- DEROBERT, L. Droit inéical et déontologie médicale. Paris: Flammarion Médecin-Sciences, 1974.
- ESCARDO, F. Moral para médicos. Buenos Aires: Colección Ensayos, Editorial Universitária, 1963.
- FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE; LANA, R.L. Profissões da saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- FRANÇA, G. V. Boletim médico. Rev. Clínica Geral, Rio de Janeiro, v. IX, n. 9, 1975.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Pareceres. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MENEZES, A. Sugestões para um itinerário ético. Revista do IML, Rio de Janeiro, ano I, v. I, n. 1, 1969.
- PEINADOR, A. Moral profissiona. Madrid: Biblioteca Autores Cristianos, 1962.
- RAZETTI, L. Moral médica. Caracas: Imprensa Nacional, 1957.
- ROMEIRO, V. R. Legislação médica. São Paulo: Atheneu, 2009.
- VIANA. M. G. Ética geral e profissiona. Porto: Livraria Figueirinhas, 1976.

## TRATAMENTOS E CONDUTAS ARBITRÁRIOS

**Sumário:** 8.1. Introdução. 8.2. Aspectos ético-legais. 8.3. Transfusões de sangue em Testemunhas de Jeová. 8.4. Greve de fome. 8.5. Condutas de contenção de pacientes. 8.6. Limites da revista corporal. 8.7. Bancos de dados de DNA. 8.8. Castração química. 8.9. Referências bibliográficas.

### Constituição Federal

(...)

Art. 5.º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...);

II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; (...)

### Código Penal

Art. 23. Não há crime quando o agente pratica o fato:

I – em estado de necessidade; (...);

III – em estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular de direito. (...)

Art. 146. Constranger alguém, mediante violência, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda. Pena: detenção de três meses a um ano, ou multa (...).

§ 3.º Não se compreendem na disposição deste artigo:

I – a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida. (...)

### Código de Ética Médica

*É direito do médico:*

I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

VI – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

*É vedado ao médico:*

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

## 8.1. INTRODUÇÃO

A consciência atual, quando sente ameaçada a mais indeclinável de suas normas – o respeito pela vida humana, dadas as condições mais excepcionais e precárias –, tenta de forma desesperada regras que impeçam a prática de crueldades inúteis. Até mesmo nos momentos mais graves, quando tudo parece perdido, como nos conflitos internacionais, na hora em que o direito da força se instala, negando o próprio direito, ainda assim o bem da vida é de tal grandeza que a intuição humana se rende para protegê-la da insânia coletiva.

*Ipsa facto*, na proteção do mais irrecusável de todos os direitos – o direito à vida –, nossa legislação penal despenalizou o constrangimento ilegal, desde que a vida de uma pessoa corra perigo iminente de morte, e que alguém faça isso por meios moderados e sem colocar em risco a sua própria segurança.

É imperativo que o médico entenda que, nos casos de não emergência, deve ele ter o consentimento expresso ou tácito do seu paciente ou familiares, pois aí está prevalecendo apenas interesse de ordem

pessoal. Assim, para o tratamento compulsório é preciso não apenas a existência de perigo de vida, mas também que essa intervenção seja urgente, necessária e inadiável, numa iminência de morte, para justificar tal conduta.

Deve-se entender como perigo de vida a situação em que existe uma possibilidade concreta de êxito letal e que exige uma atuação rápida, decisiva e inadiável, a fim de evitar a morte. A emergência e a urgência médicas são situações de fácil entendimento para o profissional da medicina, não sendo necessário muito apuro e muitos recursos para delimitá-las plenamente.

Fora destas considerações há um assunto muito delicado para se tratar quando se fala no assunto em tela – o do internamento e tratamento psiquiátrico involuntários, notadamente quando eles ocorrem sem o consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Mesmo que se fale de uma cura improvável, de uma suposta periculosidade e de uma falta de discernimento do paciente, ainda assim, sob o ponto de vista moral, não se pode dizer que este paciente perdeu de todo sua autonomia e seus direitos de cidadania. Sendo assim, a utilização da “força bruta”, de substâncias químicas ou de qualquer outro meio para diminuir a resistência ao tratamento indesejado são procedimentos no mínimo ultrajantes e ofensivos.

Só se pode admitir esta forma de tratamento e de internamento quando se caracterizar um perigo real para o paciente ou para outrem. E mais: no momento em que o paciente sai deste estado, deve ser imediatamente considerado um paciente voluntário, e a sua autonomia deve ser reintegrada e respeitada.

Nas outras formas de atendimento médico, quando o profissional estiver diante de um caso de recusa de condutas terapêuticas ou práticas diagnósticas, o ideal será um acordo eticamente defensável entre ele, o paciente e/ou a família, até se chegar a uma solução em que o assistido seja favorecido. O mais difícil nesta questão é quando o paciente ou seus responsáveis não aceitam ou não admitem continuar com o tratamento ou fazer os exames necessários, por considerá-los fúteis ou imprestáveis, diante de alguns estados considerados incuráveis. Em tais ocorrências, o médico deve esgotar todos os meios para conquistar a adesão deles, só podendo intervir quando a lei e o seu código permitirem: diante do iminente perigo de vida (*princípio da beneficência*).

## 8.2. ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

O estado tem o máximo interesse em proteger a liberdade individual, como um dos maiores bens de que o homem é possuidor. Tal defesa fundamenta-se na faculdade de estimular o ser humano, a fim de firmar sua personalidade e realizar-se na vida. Essas concepções variam, é certo, de acordo com as condições políticas, sociais e culturais de um determinado povo.

Qualquer lesão ou exposição a perigo da manifestação da liberdade constitui delito. Depois da vida e da saúde, o mais importante bem é a liberdade.

Na proteção desses direitos, nosso Código Penal rotulou o constrangimento do livre-arbítrio, na Seção I, Título I, Capítulo VI, com a epígrafe “Dos crimes contra a liberdade pessoal”. É o amparo à liberdade individual de agir e querer, determinado por um dispositivo legal.

Esses direitos foram assegurados principalmente a partir da *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*, que a Revolução Francesa definiu e outorgou. A partir de então, foi se criando, pouco a pouco, uma consciência, cuja filosofia é resguardar o interesse individual; pois, em síntese, constitui a razão do bem coletivo.

Mesmo assim, estando a liberdade juridicamente assegurada, não pode ela ser tolerada de maneira irresponsável. Quando essa liberdade começa a conflitar-se com a liberdade de outro ou com as

exigências naturais impostas pelo grupo social, aí começam algumas de suas restrições. A liberdade do homem o faz um ser harmônico na vida social. Fora dessa situação torna-se ela um abuso.

Por outro lado, viver não é apenas um direito. É também um dever. Somente poderá ser violado pelo fatalismo das leis biológicas, indiferentes aos sistemas normativos criados pelo homem.

O que o estado protege não é a liberdade *natural* de o homem fazer ou deixar de fazer o que não quer, mas a liberdade jurídica a qual assegura ao indivíduo o exercício da própria vontade, dentro de um limite permitido pela lei. Em suma, o que se tutela é a liberdade responsável.

Com esse pensamento, o legislador brasileiro exclui, em duas situações, a antijuridicidade do constrangimento: no tratamento médico arbitrário diante de iminente perigo de vida e no impedimento ao suicídio.

Uma enfermidade sem perigo imediato ou um risco de vida remoto não justificam tal intervenção. O elemento que caracteriza a exclusão do delito é o *estado de necessidade de terceiro*, que a doutrina moderna aceitou, dirimindo as dúvidas e controvérsias. E a maneira que se encontrou para salvar uma vida ameaçada de forma certa e imediata. Sacrifica-se um bem – a liberdade –, para salvar outro, de maior interesse e significação, que é a vida, da qual não pode o homem dispor incondicionalmente, pois a reclama um outro titular de direito – o estado –, para o qual o indivíduo não é apenas uma unidade demográfica, mas sobretudo um valor social e político. São requisitos do estado de necessidade: ameaça a direito próprio ou de terceiro, cujo sacrifício era irrazoável exigir-se; perigo atual; situação não provocada pelo agente; conduta inevitável de outro modo. Mesmo que o perigo seja suposto por escusável “erro de fato”, pode-se arguir o estado de necessidade putativo.

Romanese afirmava: “Na vida profissional, há casos em que o ilícito jurídico contrasta com o lícito moral ou com os ditames da arte médica”. Desta forma, o profissional da Medicina, estando diante de uma recusa de tratamento, deve procurar convencer seu paciente. Não conseguindo, e havendo necessidade imperiosa e inadiável de sua intervenção, resta-lhe apenas um meio: intervir contra a vontade dos interessados. O Código de Ética Médica elegeu o *princípio da beneficência* como hierarquia coerente acima do *princípio da autonomia*.

Assim também o médico que, autorizado pelo seu doente a fazer-lhe uma cirurgia eletiva, encontrar nesse ato operatório justificativas para ampliá-lo, por uma necessidade premente, deve agir prontamente, pois naquele instante é ele o único árbitro da situação, não tendo, portanto, a quem consultar nem de quem obter uma autorização.

Essas limitações da liberdade pessoal têm como objetivo único não apenas o bem-estar coletivo, mas a saúde de cada indivíduo. É a harmonia do princípio solidarista com o princípio individualista.

É indiscutível que, nos casos de não emergência, deve o médico ter sempre o consentimento expresso ou tácito do seu paciente ou dos familiares, pois aí está prevalecendo apenas interesse de ordem pessoal. É necessário que não exista apenas um simples risco à saúde, ou um perigo remoto e duvidoso, mas que essa intervenção seja urgente, necessária e inadiável, numa iminência de morte, para justificar o tratamento arbitrário.

Por outro lado, se atentarmos para a expressão “arbitrário”, vamos sentir que ela é imprópria, pois o médico faz apenas aquilo que sua ciência permite, como condição obrigatória numa determinada situação. A arbitrariedade não estaria no tratamento, mas na forma de recusa do paciente. Tratamento arbitrário, *stricto sensu*, seria realizar uma experiência científica num homem contra sua vontade, no tratamento de uma enfermidade para a qual o tratamento convencional o curaria.

Quando um ato é processado no interesse de resguardar alguém de um perigo certo e iminente, e impossível de ser evitado de outra forma, jamais pode ser passível de punição.

### 8.3. TRANSFUSÕES DE SANGUE EM TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Se um seguidor de determinada religião recusa uma transfusão de sangue, quando esse é o único meio capaz de salvar-lhe a vida, fica o médico na obrigação de fazê-la, ou o paciente tem o direito de não aceitá-la?

A Corte do Estado de Ohio, em 1962, foi consultada por um hospital sobre a permissão de realizar transfusões de sangue numa criança de três anos, com queimaduras generalizadas de 2.º e 3.º graus, atingindo uma área corporal de 40%, e cujos pais não davam a autorização em virtude de serem Testemunhas de Jeová, forma religiosa contrária às transfusões de sangue. A Corte autorizou os médicos a realizarem, não apenas a transfusão, mas a usar de todos os meios capazes de salvar o paciente.

Os pais entraram com um recurso, afirmando desta vez que não existia o iminente perigo de vida, para justificar a conduta arbitrária. O médico assistente respondeu que, mesmo não estando o pequeno enfermo às *portas da morte*, a piora seria progressiva e o êxito letal ocorreria com toda a certeza se aquele tratamento não fosse realizado. E assim a transfusão foi feita, com resultados favoráveis.

Os pais achavam que a transfusão contra sua vontade feria os princípios constitucionais. Todavia, aquele tribunal firmou-se na decisão de que fora praticada uma medida terapêutica considerada necessária pela ciência médica. Podem os pais, em determinadas e raras ocasiões, privar seu filho de algumas liberdades. Porém, em nenhum momento podem eles tirar do filho o direito de viver.

Finalmente, o último argumento dos genitores para não permitir aquele tratamento baseava-se na proibição bíblica da transfusão de sangue, o que mais uma vez foi refutado pela Corte, dizendo que as interpretações teológicas, escritas há séculos, em grego e hebraico, mostram-se por vezes bastante confusas, e como aquela decisão era de um tribunal civil, somente as leis civis lhe interessavam. Os dogmas são de interpretação duvidosa, mas uma vida é sempre de caráter indiscutível. Os pais gozam de absoluta liberdade religiosa. Têm o direito de acreditar no que lhes convêm e no que lhes agrada. No entanto, seus direitos terminam quando começam os direitos dos filhos. Esses pertencem aos pais, mas pertencem também ao estado, o qual tem o dever de tomar todas as providências no sentido da preservação e da incolumidade pessoal (Jehovah's witness and blood transfusions, *JAMA*, 195 (2,7), 1966).

Sendo assim, no tratamento médico ou cirúrgico em caráter de urgência, a liberdade não está condicionada ao consentimento do paciente ou de seus representantes legais, mas ao real interesse do doente e da comunidade. O enfermo, como é natural, não é conhecedor da maneira ou dos meios pelos quais deve processar-se sua cura, e somente ao médico pode-se atribuir tal iniciativa.

Subordinar a licitude de um ato médico inadiável e necessário à vontade do enfermo ou de seus familiares é simplesmente transformar o médico em mero locador de serviços. O médico, nestes casos, poderá decidir tecnicamente o que é melhor e mais razoável para seu paciente.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em novembro de 1974, aprovou parecer sobre o assunto, considerando quatro situações diversas: "1. a do paciente grave, inconsciente, desacompanhado de familiares e necessitando de transfusão. Deve ser praticada sem delongas; 2. a do paciente inconsciente, mas acompanhado por parentes que impeçam a transfusão, quando o médico deverá tentar demovê-los, alegando que a opinião manifestada não corresponde à do próprio doente, cuja vida corre perigo com o adiamento da transfusão. Havendo relutância, o médico recorrerá às autoridades policiais e judiciárias, salvaguardando sua responsabilidade e tentando outros recursos para prolongar a vida do paciente, enquanto se concretiza a intervenção policial; 3. a do paciente lúcido, que se nega a receber a transfusão. Deverá assinar um termo de responsabilidade perante autoridade policial ou

judiciária, tentando o médico persuadi-lo a aceitar a transfusão, enquanto utiliza de todos os meios científicos alternativos; 4. a do paciente menor, cujos pais negam autorização para a transfusão. O médico recorrerá à autoridade judiciária, exigindo uma decisão que preserve a sua posição, caracterize a responsabilidade culposa ou dolosa dos pais e faculte a liberação salvadora do emprego da transfusão”. Sem querer desmerecer as recomendações apontadas pelo CREMESP, achamos tais orientações tímidas e comodistas. O médico não tem que pedir autorização policial ou judiciária para realizar uma transfusão, expondo a vida de seu paciente a perigo certo e indiscutível, quando a própria lei determina a licitude do ato. Condicionar a salvação de uma vida às marchas e contramarchas do mecanismo policial-judiciário é simplesmente negar a autoridade e a competência médicas. O máximo que o profissional pode pedir é uma proteção física pessoal, e nunca uma autorização para fazer o que é necessário e imprescindível.

O consentimento do interessado com plena capacidade legitima os atos da vida civil, na esfera do direito privado, ou em algumas circunstâncias do direito público onde a antijuridicidade é excluída, situações essas não relacionadas com a ordem pública, pois o interesse jurídico ou a tutela plena, nessas situações, existe apenas em proteção ao indivíduo, e não à sociedade.

Um médico que deixa de realizar uma transfusão de sangue diante de um iminente perigo de vida, simplesmente porque o paciente ou seus familiares não permitem, comete *omissão de socorro*.

Essa solução cômoda e simplista não pode merecer amparo na consciência contemporânea.

Por outro lado, há outra corrente que admite ser a liberdade o primeiro princípio na hierarquia dos direitos fundamentais. Chegam mesmo a dizer que entre o direito à vida e o direito à liberdade, a escolha é do titular desses direitos. Sendo assim, teria o paciente o direito de aceitar ou não um tratamento por imperativo religioso, mesmo que ele fosse o único meio de salvar-lhe a vida, pois isto estaria constitucionalmente consagrado (incisos VI e X do artigo 5.º), em respeito à liberdade de consciência e de crença.

Afirmam aqueles, ainda, que o dever do médico é de fonte legal, e o direito do paciente de aceitar ou recusar um tratamento é “expressão da sua liberdade”, segundo a Constituição brasileira em vigor. O médico cumpriria seus direitos apenas informando ao paciente ou ao seu responsável legal da necessidade ou da conveniência de uma conduta ou de um tratamento e de suas consequências advindas pela não aceitação, mesmo que seu Código de Ética se expresse dizendo que é vedado “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”.

Insistem dizendo que a interpretação literal desse dispositivo é absurda, pois pelo fato de o paciente estar diante de um perigo de vida ele não perdeu o direito fundamental à liberdade, seja no aspecto religioso, seja no aspecto de sua privacidade.

Há ainda a afirmação de que no atendimento médico à recusa do paciente não existe crime porque isso se deu por manifestação tácita ou expressa do assistido ou de seus responsáveis legais. Houve, apenas, segundo aqueles defensores, uma recusa de tratamento por parte do paciente.

Mesmo no caso de crianças, reconhecem que os pais ou representantes gozam do direito de aceitarem ou não certa forma de assistência médica destinada a elas. E quando o menor for capaz de demonstrar maturidade para decidir, pode também recusar o tratamento.

Todavia, entendemos que neste particular os médicos enfrentam um grande desafio quando têm de salvar uma vida em iminente perigo de morte e de respeitar um sentimento religioso.

Deve o médico entender, nos casos das Testemunhas de Jeová, que em muitas ocasiões o sangue pode ser substituído por outros fluidos ou não ser usado e, por isso, poderá desenvolver uma forma de tratamento que não sacrifique a vida nem comprometa seus princípios religiosos. Não esquecer também

que esses adeptos não abriam mão da vida e não descredita na medicina, mas apenas em face da sua convicção religiosa solicitam abster-se de sangue.

Infelizmente nem sempre é possível tal conciliação. Como se viu antes, nossa legislação penal substantiva em vigor admite como crime deixar de prestar assistência a pessoas em grave e iminente perigo de vida (artigo 135). E exclui da categoria de delito a intervenção médica ou cirúrgica, mesmo sem o consentimento do paciente ou de seu responsável legal, se justificada por iminente perigo de vida (artigo 146). Neste caso, o médico estaria no exercício regular de um direito e no cumprimento do dever legal.

#### **8.4. GREVE DE FOME**

A greve de fome, coletiva ou individual, tem sido, nos tempos atuais, um recurso muito usado, tanto por prisioneiros comuns como por prisioneiros políticos. Isso, além dos problemas médicos, administrativos e legais, vem tendo seu maior impasse no campo moral, pois a greve de fome sempre se manifesta em circunstâncias muito delicadas, quando o indivíduo sofre medidas privativas das liberdades fundamentais.

Define-se greve de fome como a recusa de uma pessoa, livre e consciente, de alimentar-se, no deliberado propósito de protestar ou reivindicar contra um sistema político ou penitenciário injusto, ou como forma de valorização, de defesa ou de chamamento da atenção. Essa tem sido a única manifestação possível e tolerada pelo sistema carcerário do mundo inteiro.

Essa modalidade de protesto vem conseguindo avanços indiscutíveis. Ninguém pode negar que as greves de fome vêm sensibilizando vivamente a opinião pública para certos problemas e colocando alguns modelos políticos em suspeição. E, ao mesmo tempo, a administração carcerária vê-se frente a frente com um movimento de contestação político, contra o qual não pode empregar meios disciplinares coercitivos que sacrifiquem mais ainda a liberdade individual, pois o detento tem o direito de recusar tratamento ou alimentação.

No entanto, a primeira coisa que o médico deve fazer é informar ao grevista de fome os possíveis riscos e as possíveis sequelas irreversíveis do jejum prolongado. Outra coisa que se aconselha é deixar à sua disposição água simples ou açucarada, porções de sal e vitaminas, fazendo ver a ele que isso não descaracteriza seu protesto nem desqualifica a greve de fome. É condenável, sob todos os aspectos, privar o grevista de fome desses elementos mais imprescindíveis como forma de vencê-lo pelo suplício da sede, por exemplo. Não se pode abandoná-lo pura e simplesmente pelo fato de ele ser um prisioneiro ou militante de determinada causa e de ter optado por tal atitude.

O ideal será o médico não demonstrar que o está tratando, nem que ali se encontra por determinação da administração prisional. Deve tratar o grevista de fome com respeito e compreensão, entendendo que está diante de uma situação delicada e de um ser humano que, de forma consciente e voluntária, luta por seus objetivos e que acredita no êxito de seu gesto, embora sabedor do risco de um desfecho fatal, mas sem que isso seja a finalidade de seu protesto.

A alimentação artificial, pela perfusão endovenosa, além de ser um meio não agressivo, quando aceito pode dar ao grevista a sensação de que ele mantém o propósito de não se alimentar.

É inadmissível que a administração carcerária venha a suprimir toda e qualquer alimentação ou possa usar certos procedimentos que demonstrem mais e mais sua intolerância e seu arbítrio.

No momento em que alguém, em greve de fome, chega ao limite crítico do perigo de vida, encontra, no campo doutrinário, duas correntes de opinião totalmente opostas: uma, que propõe a alimentação

compulsória como alternativa desesperada de salvar uma vida; outra, que respeita a inanição voluntária até o desfecho final, como forma de não violentar uma vontade, pois aquela ação constrangedora poderia ser entendida como tratamento desumano e degradante.

A Declaração de Tóquio, adotada pela 29.<sup>a</sup> Assembleia da Associação Médica Mundial, em outubro de 1975, em seu item 5 do anexo I diz textualmente: “Quando um prisioneiro recusar alimento, mas for considerado capaz de elaborar um raciocínio correto e racional, relativo às consequências de tal recusa voluntária ao alimento, ele não está alimentado artificialmente. A decisão quanto à capacidade do prisioneiro de formar tal raciocínio deverá ser confirmada por, pelo menos, outro médico independente. As consequências da recusa do alimento serão explicadas pelo médico ao prisioneiro”.

Esse conceito tem fundamento nos chamados direitos de liberdade, elemento essencial dos direitos da personalidade – aqueles que se têm em relação às dimensões sobre sua própria pessoa. Um privilégio de o indivíduo ser protegido ante o injusto poder contra si mesmo.

É, ainda, entre nós, princípio de direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, quando em seu artigo 5.<sup>o</sup>, inciso II, estabelece que “ninguém será obrigado a fazer alguma coisa senão em virtude da lei”, e pelo Código Penal, em seu artigo 146: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena – detenção de três meses a um ano ou multa de 500 a 5 mil cruzeiros”.

Há, no entanto, certos momentos em que a plena manifestação da vontade pode se conflitar frontalmente com o interesse público. Desse modo, o mesmo dispositivo acima, que pune o constrangimento ilegal, no seu parágrafo 3.<sup>o</sup>, exclui da antijuridicidade a coação médica em face do iminente perigo de vida e da enérgica intervenção para impedir o suicídio. Segundo nossa lei, seria um contrassenso a absoluta tutela da liberdade em prejuízo de um bem atual e iminente. A vontade deve ter o destino do bem comum. A vida deixa de ser um bem pessoal para se constituir numa questão de ordem coletiva.

Hoje a tendência do Direito é exigir a solidariedade civil e humana, ante um periclitante cuja vida representa um bem coletivo útil. Não é, portanto, um simples dever ético, senão, também, um imperativo de ordem legal e social.

Mais ainda: se alguém tem a obrigação de custódia e assistência àquele que se inclina pela morte voluntária e disso tem conhecimento comete omissão de socorro, pois arca com o dever jurídico de impedi-lo. Para outros, também, uma forma indiscutível de auxílio omissivo de suicídio. A omissão não é um fazer material, mas é o de não ter evitado um dano a quem cumpre impedi-lo. Presta, assim, igual serviço ao outro que o faz de maneira ativa e material, bastando para isso que a inanição tenha sido um “coeficiente causal” que levou à realização da morte voluntária, mesmo que aquela tenha sido a intenção obstinada do morto.

Assim, não se pode confundir liberdade natural com liberdade social. Esta última dá a cada um o direito de exercer sua própria vontade, porém limitada pela lei e pelo equilíbrio social. A morte deliberada de uma pessoa é contrária à ordem jurídica e ao interesse público. Mesmo que o fim seja nobre, ainda assim não justifica um gesto tão desesperado. Há instantes em que fluem certos valores como superiores à própria vida humana: a liberdade de um povo, por exemplo. Mas o médico, histórica e culturalmente, já assumiu seu maior compromisso, o qual está solenemente estabelecido pela Declaração de Genebra: “Manterei o mais alto respeito pela vida humana e, mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza”.

De outra forma, invocar a ordem pública para impedir uma simples greve de fome sem perigo atual e

iminente é se contradizer, uma vez que a ordem pública é um quadro dentro do qual as pessoas devem exercer suas liberdades dignamente. Invoca-se a ordem pública, isso sim, para salvar uma vida em perigo iminente, ainda que essa não seja a vontade do periclitante. O motivo de tal procedimento é justificado pelo *estado de necessidade de terceiro*, que, para resguardar um bem jurídico alheio, exposto ao perigo atual ou iminente, permite o sacrifício de outro bem. E o direito de proteger alguém de si próprio.

Outra coisa: nem o grevista de fome é um doente mental nem a greve de fome é a mesma coisa que suicídio. À primeira vista parecem coisas iguais. Mas não são. Primeiro, a inanição voluntária como modalidade de protesto político pode ser considerada uma maneira consciente de luta, que permite tempo e diálogo entre as partes em litígio. Depois, a greve de fome não pode ser confundida com suicídio, nem em seus objetivos nem em seus aspectos ideológicos. O que faz greve de fome quer viver melhor. Ele e sua comunidade. O suicida age de forma brusca, desesperada e irracional, embora possa merecer de alguém certa compreensão. O grevista de fome age de maneira consciente e programada, acreditando no êxito de seu gesto, embora sabedor de um risco e de um desfecho fatal, mas sem que esse seja seu fim.

Em síntese, o ato de alimentar um prisioneiro em greve de fome, e em extremo perigo de vida, somente pode ser realizado por decisão, orientação e vigilância do médico, embora caiba à administração carcerária colocar à disposição do preso todas as formas possíveis de assistência.

Sabemos o quanto custa agir em situações dessa natureza, notadamente quando uma causa justa se contrapõe a uma consciência insensível e arbitrária. Ainda assim, a obrigação de alimentar ante o perigo de vida não é apenas um imperativo ético, mas a essência da própria profissão médica, como instrumento inescusável em favor da vida.

Assim, quando um profissional da medicina estiver diante de um encarcerado em greve de fome, deve observar o estado físico e psíquico no qual ele se encontra e oferecer-lhe todos os recursos necessários, sem coagi-lo nem aviltá-lo, pois até aí é ele apenas um grevista de fome, com plena consciência do seu gesto. Impor qualquer recurso neste instante é constrangimento ilegal. Porém, se de greve de fome ele passa à condição de paciente em perigo de vida, daí em diante outro tipo de compromisso tem o médico: o de salvar-lhe a vida, a vida de um homem, seu semelhante, seu irmão infeliz, privado de liberdade e que se propôs consciente e deliberadamente não aceitar alimentos como forma de protesto ou de reivindicação. E, se ele fica inconsciente, maior a razão da intervenção, pois talvez essa fosse sua vontade, se pudesse dizer. Outra coisa: na recusa de alimentos por doentes mentais, inconscientes do seu gesto, a forma de abordagem não apresenta as mesmas características do grevista de fome, pois essa recusa é sempre, ao mesmo tempo, sintoma e complicação da doença, e como tal deve ser tratada.

Finalmente, é necessário que se repita ser apenas ante o perigo imediato de vida que se pode levar um indivíduo à alimentação compulsiva; do contrário, seria uma forma indiscutível de violação dos direitos de liberdade, e, portanto, delito de constrangimento ilegal. É preciso que a intervenção seja de caráter urgente, incondicional e inadiável ante uma morte iminente. E nesta circunstância a não intervenção constitui, indubitavelmente, crime de omissão de socorro.

O atual Código de Ética Médica é claro sobre o assunto quando proíbe a alimentação compulsória do grevista de fome considerado capaz física e mentalmente, apenas fazendo-o ciente das prováveis complicações.

Diante do exposto, fica evidente que a legitimidade de uma intervenção médica ou cirúrgica, qualquer que seja sua especialidade, está perfeitamente justificada quando a indicação é precisa e quando há permissão do paciente ou de seus responsáveis legais por um consentimento esclarecido.

No entanto, quando o ato médico é processado no interesse irrecusável de resguardar alguém de um

perigo certo e iminente, e quando precisa e perfeitamente indicado, o médico estaria autorizado a agir e jamais tal atitude poderia ser passível de punição.

Há ocasiões, tão graves e tão delicadas, onde quem vai legitimar o ato médico não é o consentimento livre e consciente do paciente ou de seus familiares, mas a sua indiscutível, inadiável e imperiosa necessidade.

Tais questões, embora raras, têm suscitado prolongados e acirrados debates doutrinários, mas que estão hoje plenamente justificadas pela nossa legislação penal e pelo nosso Código de Ética Médica. Recomenda-se apenas a delicadeza e a prudência de atitudes diante destas situações tão pungentes, mas também a firme e decisiva disposição de salvar uma vida.

## 8.5. CONDUITAS DE CONTENÇÃO DE PACIENTES

A permanência de pacientes apenados ou reclusos em unidades hospitalares ou ambulatoriais – qualquer que tenha sido sua infração ou qualquer que seja o tamanho da revolta de alguém – não autoriza quem quer que seja a usar de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ou ser conivente com tais práticas – ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Esta é a dogmática recomendação contida nos diversos dispositivos do Código de Ética Médica aos que exercem a medicina. O fato de se aceitar um paciente-detento acorrentado ao leito, por expressa manifestação do aparelho policial ou de outro órgão ligado à Segurança Pública, como forma de evitar a evasão do detento, não só macula dispositivos da norma ética, como compromete os postulados enaltecidos pela luta em favor dos direitos humanos.

Não tenho dúvida. Isto representa um gesto atentatório à condição humana, um vilipêndio aos seus direitos de cidadania e uma preconceituosa e discriminatória medida, transformando alguém, sentenciado ou não, num cidadão de terceira ou quarta classe.

Infelizmente, em certas oportunidades, os aparelhos do poder organizado em nosso país que disciplinam as relações sociais e que administram a repressão (*polícia*), que julgam e aplicam as sanções (*justiça*) e que executam a punição (*prisão*) não deixam, de certo modo, de exercer ou tolerar a violência. E esta é sem dúvida a forma mais grave de arbítrio porque ela flui de um órgão de proteção e contra a qual dificilmente se tem remédio.

A violência do aparelho de tutela da polícia judiciária é certamente a mais impiedosa e humilhante porque o presidiário, principalmente o de crimes comuns, representa para o poder e para uma fração da sociedade uma escória. Não passa pelos critérios dessas pessoas que a pena seja uma medida de recuperação e de ressocialização, mas tão só um instrumento de vindita e de execução. O próprio sentido de intimidação e de humilhação no rigor punitivo não deixa de constituir uma modalidade de terrorismo oficial.

Tudo que existe de sórdido no sistema de tutela policial: a prepotência, a falta de disciplina e a brutalidade gratuita de alguns agentes do poder e o seu desdém pelas entidades que promovem a defesa e a proteção dos direitos humanos é, com certeza, a manifestação mais abjeta da intolerância, da irreverência e do arbítrio. Esta “justiça paralela”, amparada pela mesma inspiração de violência instituída, só serve para desmoralizar a Justiça e aviltar a dignidade humana.

Não é consolo dizer que, de outras vezes, pacientes comatosos ou agitados foram amarrado às macas ou aos leitos por meio de ataduras de crepom ou gaze. Isto é outra coisa. Tem o sentido de protegê-lo. É feito em seu favor, sem nenhum resquício de humilhação. Feito para ele não cair no chão.

Podemos acreditar que tal processo não se constitua uma forma de tortura, no sentido de fazê-lo

sofrer os padecimentos da dor. Mas é uma maneira indisfarçável de procedimento desumano e degradante. Leia-se a Declaração de Tóquio, adotando linhas mestras para os médicos, com relação ao tratamento degradante e desumano a detentos e prisioneiros (Anexo 2, artigo 1.º): “Qualquer ato de tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano e degradante, é uma ofensa à dignidade humana e será considerado como uma negação aos propósitos do Centro das Nações Unidas e como violação dos direitos e liberdades fundamentais da Declaração Universal dos Direitos Humanos”.

A consciência dos que sofreram e reagiram, e ainda hoje maldizem os tempos da ditadura – pois era assim que se tratavam homens, mulheres e jovens quase crianças –, não pode concordar com isto. Muitos foram tratados assim, acorrentados ao leito de dor, após as mais torpes e degradantes sessões de tortura, que encheram de espanto os subterrâneos habitados pela desgraça e pelo terror.

É muito grave que o corpo clínico de uma unidade hospitalar, pelo seu diretor técnico ou pelo seu chefe de serviço, aceite candidamente as ordens do agente policial, quando lhe cabia exigir dos órgãos de segurança os meios adequados para que o detento venha a cumprir sua pena de forma justa e merecida.

O diretor técnico ou o chefe de serviço conivente com tal estilo de tratamento não infringiu apenas o item IV dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, mas também o item VIII. Senão, vejamos:

Ao médico, cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão (item IV).

O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (item VIII).

O médico não pode participar de qualquer forma de procedimentos desumanos ou cruéis, nem ser conveniente com tais práticas, ou não as denunciar, quando delas tiver conhecimento. Ele deve manter respeito incondicional pela pessoa humana.

Pelo visto, a permanência indiscriminada de pacientes apenados ou reclusos em unidades hospitalares ou ambulatoriais – qualquer que tenha sido sua infração ou qualquer que seja o tamanho da revolta de alguém – não justifica ninguém usar de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ou ser conivente com tais práticas – ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento, entre estas a de prender pacientes às macas ou aos leitos por meio de algemas ou outros meios iguais. Isto não tem o sentido de protegê-lo nem efeito em seu favor, mas um resquício de humilhação.

## **8.6. LIMITES DA REVISTA CORPORAL**

A Declaração de Budapeste, que trata da procura em corpos de prisioneiros, adotada pela 45.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Budapeste, Hungria, em outubro de 1993, preocupada com essa forma de procedimento, que inclui exame retal e pélvico, executada na população prisional ou pré-prisional em vários países do mundo, com o propósito de manter a segurança pública e evitar o tráfico de drogas, chama a atenção para o fato de que essas abordagens estão sendo feitas por alegadas razões de segurança, e não por razões médicas. O mais grave é que esses procedimentos são feitos por pessoas não médicas, destituídas de qualquer conhecimento para tais abordagens.

A Associação Médica Mundial recomenda a todos os governos e funcionários públicos responsáveis pela segurança pública que reconheçam que aqueles procedimentos invasivos de procura constituem-se

numa agressão séria à privacidade e à dignidade de uma pessoa, e que causam algum risco de dano físico e psicológico.

Se isso preocupa quando aplicado aos prisioneiros detidos pela prática de crimes, muito mais séria é a questão quando se trata de parentes ou familiares no momento do ingresso para visitar o detento nos presídios ou quando os encaminhados para exame são apenas pessoas detidas como suspeitas. Aí, é mais flagrante o desrespeito ao princípio da presunção da inocência.

O mais grave, todavia, é quando o Estado, deixando de lado o que regula a matéria, transforma em seu “inimigo” os familiares do prisioneiro impondo-lhes procedimentos desprezíveis de revista corporal por ocasião das visitas em estabelecimentos penais, tudo em nome de um estado de direito e de uma paz pública, tidos ainda como uma promessa. Haja vista a situação de mulheres de idade, mães e avós dos detentos, que passam por esse vexame toda vez que vão visitar seus parentes.

É preciso que se desmistifique o conceito de que a intervenção corporal faz parte da revista pessoal. Isso é falso porque a primeira pressupõe a busca de prova de forma invasiva no interior do corpo, e a segunda é externa, superficial, realizada apenas sobre o corpo e as vestes do revistando,

A questão referente a pessoas suspeitas de ocultarem objetos ou materiais em seus orifícios naturais encaminhadas para exame nos Institutos de Medicina Legal parece-me, ainda, muito mais grave, tanto pelo aspecto legal, pois esse indivíduo é apenas um suspeito, como sob a ótica moral, em face do vilipêndio aos seus direitos constitucionais e do ultraje a sua dignidade como ser humano.

No varejo, alguém pode até admitir, mesmo que estatisticamente seja desmentido, haver alguma vantagem, mas no atacado corre-se o risco de todos serem vítimas, pois, quando um único homem é ultrajado, todos os outros também o são.

Por essas e outras sempre nos posicionamos contra a vinculação dos Institutos de Perícias aos órgãos de segurança e repressão. Foi com esse pensamento que algum tempo atrás a *Comissão de Estudos do Crime e da Violência*, criada pelo Ministério da Justiça, propôs ao Governo a desvinculação dos Institutos Médico-Legais e da própria Perícia Criminal dos órgãos de polícia repressiva. O objetivo era “evitar a imagem do comprometimento sempre presente, quando, por interesse da Justiça, são convocados para participar de investigações sobre autoria de crimes atribuídos à Polícia”.

Não seria justo dizer que dessa vinculação possa existir sempre qualquer forma de coação. No entanto, dificilmente poder-se-ia deixar de aceitar a ideia de que em algumas ocasiões possa existir pressão, quando se sabe que alguns órgãos de repressão no Brasil estiveram ou estão ainda envolvidos no arbítrio e na violência herdados dos tempos de ditadura. Pelo menos, suprimiria esse grave fator de suspeição, criado pela dependência e pela subordinação funcional.

A subordinação e a dependência dos Institutos Médico-Legais aos órgãos ostensivos e repressivos ligados às Secretarias Estaduais de Segurança Pública mostram-se fora de propósito pela falta de sintonia nos seus objetivos e na sua metodologia funcional. A imposição de se fazer no IML de Rondônia exame de revistas íntimas em pessoas apenas suspeitas de pequenos delitos é uma prova do que estou dizendo.

Esses procedimentos de revista íntima são mais uma forma de violência contra o homem e a mulher, principalmente suas maiores vítimas: os negros, os pobres, as prostitutas e os viciados em drogas.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, num pedido de *habeas corpus*, determinou o trancamento de ação penal por falta de justa causa. Os policiais levaram uma mulher ao posto de saúde para ser submetida a exame ginecológico. De acordo com a denúncia, o médico que a atendeu retirou da vagina da acusada 49 gramas de maconha. A droga estava embalada em plástico amarelo e envolvida em uma camisinha. A descoberta provocou a prisão da mulher.

Para os desembargadores da 16.<sup>a</sup> Câmara Criminal, a prisão da ré só foi determinada por conta de um exame corporal invasivo, feito contra a vontade da acusada e por determinação unicamente dos policiais, sem autorização da Justiça, o que, no entendimento dos desembargadores, violou o princípio da reserva de jurisdição.

Bastava um pouco de bom senso para chegar à conclusão de que intervenções em partes do corpo humano que afetam o pudor e o recato claramente ferem a intimidade. “Evidente a incompatibilidade com a ordem constitucional dos fundamentos da determinação de que a paciente fosse submetida ao exame ginecológico, contra a sua vontade, em evidente afronta aos direitos à intimidade, à inviolabilidade de seu corpo e à sua dignidade”, argumentou o relator.

Concordamos **com os médicos** legistas que veem esse ato de revista à intimidade do corpo como uma afronta aos direitos humanos e uma prática que foge das atividades médico-legais que são sempre em favor da Justiça e no interesse dela. Esta, que poderia ser chamada de “perícia vexatória”, degrada e humilha o ser humano que, diante de terceiros, é obrigado a expor suas partes íntimas e ser tocado no ânus e na vagina em nome de uma falsa segurança pública. Isso não é diferente de uma prática de tortura.

Que o Estado seja obrigado a disponibilizar aos institutos de perícias forenses meios e instrumentos capazes de respeitar a intimidade dos examinados, como a semiologia de imagem radiológica. E mais: se um indivíduo, qualquer que seja sua condição econômica ou social, se recusar de fazer o exame, respeitem seu pedido porque isso é um direito assegurado pela Constituição, como uma prerrogativa que todos têm de não apresentar prova contra si. Aqui não cabe o jargão de que “os fins justificam os meios”, princípio despótico baseado nos modelos fascistas, que não encontram mais guarida em solo democrático.

## **8.7. BANCOS DE DADOS DE DNA**

Desde Alphonse Bertillon, com a criação da antropometria como método de catalogar criminosos, tem-se pensado numa forma de identificação capaz de se dispor de uma marca registrada para cada delinquente. Agora discute-se entre nós a criação de um banco de dados com o DNA de pessoas investigadas ou condenadas por crimes violentos ou hediondos.

Os Estados Unidos, por exemplo, armazenam mais de 9 milhões de perfis genéticos e o Reino Unido conta hoje com mais de 6 milhões de exemplares. Foi a partir desses exemplos que órgãos periciais ligados ao sistema policial passaram a defender a implantação de uma rede integrada de bancos de perfis genéticos como forma de reprimir ou diminuir a criminalidade em nosso país.

Já circulam em nossas casas legislativas federais alguns desses projetos permitindo armazenar material genético em banco de dados de suspeitos, indiciados ou autores de crimes mais graves e que tenham seu DNA disponibilizados às autoridades que conduzem o Inquérito Policial. Há até quem proponha que não apenas autores de crimes hediondos devam ser submetidos a esse tipo de coleta, pois “poderia soar discriminatório e muito restritivo”. Acham que essa coleta poderia ser mais ampla e que seria interessante estudar, em conjunto com parlamentares, a possibilidade de se ter uma implementação em perspectiva mais ampla, pois acreditam que “tudo que contribua para elucidação de crimes, que contribua para a redução da impunidade no país, é bem-vindo”. Acreditamos que, se tais pessoas conseguirem estender a coleta de perfil genético a toda a população, a partir daí todos os cidadãos brasileiros, desde seu nascimento, serão tratados como criminosos em potencial.

Para muitos esse projeto é inconstitucional a partir da coerção para se obterem aquelas amostras, pois ninguém é obrigado a criar provas contra si mesmo, fornecendo, numa investigação criminal que se

inicia, material orgânico que possa fazer prova em seu desfavor. Na realidade, a Convenção de Direitos Humanos, conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, em 1969, pontificou em seu artigo 8.º que ninguém é obrigado a “depor contra si mesmo nem confessar-se culpado”. A Constituição Federal segue essa mesma linha.

Em tese, o que se discute não é o uso adequado do perfil genético de um indivíduo numa investigação criminal, mas a sua guarda em um banco de dados que permanecerá até terminar o prazo de prescrição do crime atribuído ao identificado. Assim, por exemplo, se alguém foi acusado de crime de homicídio, seu material genético ficará armazenado por, no mínimo, 20 anos.

Como se deve proceder quando o indivíduo, alvo desse método de armazenamento, não aceitar ou resistir à coleta do material orgânico? Constrangê-lo pela força bruta? Há um dos textos já aprovados numa das casas legislativas admitindo que os investigados por crimes violentos ou hediondos sejam “obrigatoriamente” identificados por meio da coleta de material genético mediante “técnica adequada e indolor”.

Dizer-se também que o indivíduo não está obrigado a fornecer provas contra si mesmo, mas, a exemplo da prova de paternidade considerar a recusa como uma confissão de culpa, isso não é de todo correto, pois, para admitir tal paternidade, o julgador deve se convencer com outras provas dentro do processo. Não será nenhum favor se o magistrado vier a proceder da mesma forma.

Muitos até chegam a propor um banco de dados de DNA para todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros naturalizados ou com visto de permanência em nosso país, mesmo que para tanto se alterassem algumas garantias constitucionais. Isto para seus defensores “traria soluções não só para crimes, mas para outros tipos de problema”. E ainda defendem a criação desses bancos de dados com o argumento da possibilidade da identificação de pessoas vítimas de acidentes coletivos e catastróficos. Não esquecer, no entanto, que, quanto mais bancos de dados de perfis genéticos forem criados, maiores serão os riscos de violação do sigilo e do uso indevido das informações.

Mesmo que a sociedade exija das autoridades competentes meios e instrumentos de investigação mais eficientes na luta contra uma delinquência tão assustadora e progressiva, não se justifica a utilização de meios arbitrários e ilegais, que outra coisa não faria senão aumentar essa mesma violência.

Não se pode dizer também, como quem procura aliviar a consciência, que essa metodologia de armazenamento de dados seja apenas uma leve ofensa ao direito de intimidade de um indivíduo em troca de uma série de ofensas que a sociedade tem sofrido. A criação de banco de dados, mesmo com o intuito de inibir e reprimir a criminalidade, por meio de coleta obrigatória, é uma prática que deve ser bem avaliada, pois ela pode colidir frontalmente com as liberdades individuais.

Na época da coleta do material genético, quando o indivíduo é ainda suspeito ou indiciado, faz-se com que a norma proposta permita a “punição por prevenção”. E ainda dá a entender ao investigado e à sociedade que as pessoas responsáveis por delitos mais graves estão sempre propensos ou na iminência de cometerem novos crimes. Incluir alguém suspeito em um banco de dados de DNA afronta o princípio da presunção da inocência.

Algumas entidades de direitos humanos discordam dessa política de retenção de material genético em bancos de dados. Foi assim que em 2008 o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos decidiu por unanimidade que a prática do Reino Unido de manter amostras genéticas de presos invade a privacidade do indivíduo e de sua família, e que parte considerável desses suspeitos, no final da apuração, se tratava de pessoas sem qualquer culpa.

Há também aqueles que condenam a prática de armazenamento do perfil genético mesmo a partir de amostras biológicas provenientes de provas encontradas no local do delito e que venham a ser

incorporadas em uma base de dados para seu uso em outro tipo de investigação.

## 8.8. CASTRAÇÃO QUÍMICA

Tem-se denominado castração química uma forma temporária de inibição do desejo sexual mediante a aplicação de medicamentos, principalmente à base de hormônios femininos. Esta modalidade de pena vem sendo utilizada em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, e agora em fase de implantação na França e na Espanha. E é exatamente no momento em que o País se defronta com uma assustadora onda de violência e criminalidade que surge mais uma ideia simplista, própria das mentes apressadas, no sentido de instituir a chamada *castração química* como solução para coibir certos crimes contra a dignidade sexual, notadamente o crime de pedofilia. Tenta-se institucionalizar mais essa forma de violência, agora sob o eufemismo de “tratamento hormonal de inibição da libido”, o que não pode deixar de merecer a devida censura, ainda que se tenha a duvidosa “autorização” do infrator.

Um dos projetos que tramita no Senado Federal daria ao pedófilo de primeira condenação, quando beneficiado pela liberdade condicional, a condição de optar por essa forma de tratamento hormonal antes de deixar a prisão, sem prejuízo da pena aplicada. A partir da segunda condenação, quando beneficiado pela liberdade condicional, tal infrator seria obrigado a submeter-se à castração química. Não há nenhuma dúvida de que isso representa um gesto atentatório à condição humana, um vilipêndio aos direitos de cidadania e uma preconceituosa e discriminatória medida, transformando alguém, sentenciado ou não, num cidadão de terceira ou quarta classe, além do que representa uma fragorosa violência às principais Convenções Internacionais que disciplinam sobre a proteção aos direitos humanos e à dignidade da pessoa, nos quais o Brasil é signatário.

O fato de alguém ser apenado ou recluso sob a tutela judicial – qualquer que tenha sido sua infração ou qualquer que seja o tamanho da revolta de alguém – não autoriza quem quer que seja a usar de meios degradantes, desumanos ou cruéis, ou ser conivente com tais práticas.

Essa modalidade de tratamento, que tenta mascarar a personalidade do paciente, além de agredir física e psicologicamente a quem se submete a ele pela feminilização e outras perturbações ainda não suficientemente comprovadas cientificamente, agride a dignidade humana e abre espaço para outras violações que não se recomendam dentro das concepções de um Estado Democrático de Direito, que tem como fundamentação o respeito irrestrito à lei.

Não se pode admitir a alegação de que o tratamento médico será feito dentro dos padrões que a nova medicina permite. Mas a alma, mesmo a alma mais desgraçada de um homem, não pode ser atormentada por quem exerce o nobre mister de fazer justiça.

Entre outros, considere-se que muitos desses atentados contra a dignidade sexual, principalmente a pedofilia, têm um componente psíquico grave e por isso não podem ser tratados com hormônios femininos, e que seu uso temporário tem apenas um efeito duvidoso e paliativo, sem esquecer ainda os sérios e graves efeitos colaterais oriundos de tal terapia. O que se deve fazer é estabelecer uma política mais efetiva no sentido do cumprimento das penas estabelecidas em lei, muitas delas de efeito rigoroso, necessitando tão somente de sua efetiva aplicação em estabelecimentos apropriados.

Quando se consideraram determinados crimes como hediondos e se atribuíram penas graves, isso não se fez afastar dos limites constitucionais. A pena de castração seria, sem dúvida alguma, uma quebra desse postulado e a adesão aos procedimentos degradantes e desumanos. E muito pior: seria uma forma disfarçada de se oficializarem a tortura, o arbítrio e a prepotência.

Pelo fato de a castração química não ter aparentemente o caráter permanente, não se desfaz o seu

sentido discriminador e cruel, atingindo o indivíduo na sua integridade física ou psíquica, com todas as alterações e anomalias que a inconsequente hormonioterapia pode trazer ao apenado. Sua aparência física de afeminado, seus caracteres sexuais afetados, como distribuição de pelos, voz feminina, crescimento das mamas, localização adiposa anômala ao sexo masculino, somando-se às questões de ordem interna, que passam por doenças graves, que vão da hipertensão a diabetes, depressão, até o câncer, são situações que não podem deixar de ser reparadas. A Constituição Federal é clara nesse particular quando afirma de forma imperiosa no seu artigo 5.º, XLIX: “É assegurado aos presos o respeito à integridade física e mental”.

Ainda que algumas teses, de pouca credibilidade e sustentação, queiram dar aos índices de testosterona um fator de vinculação à violência, pelo fato de que a maioria dos homicidas seja do sexo masculino e esteja numa faixa etária de 15 a 40 anos, sabe-se que muitos são os fatores que levam um indivíduo à criminalidade e à violência. A teoria endocrinológica da criminogênese não encontra mais argumentos em sua defesa. Com certeza tais ideias vão despertar o fatalismo biológico do positivismo lombrosiano, querendo-se identificar nas taxas hormonais dos indivíduos o seu grau de periculosidade, criando-se assim o “hormônio delinquente”.

Todos sabem que não existe ninguém predestinado ao crime mesmo sendo ele detentor de certos índices hormonais, nem determinando tal fato como responsável pela criminalidade e pela violência que faz transbordar os níveis aceitáveis de delinquência. Não há determinismo que imponha, por si só, a ação delituosa nem um índice hormonal elevado que faça alguém delinquir, mas um conjunto de fatores capazes de gerar o crime, em face das medonhas contradições socioeconômicas em que vive o indivíduo, e não de sua condição biológica.

A história registra casos de indivíduos com baixos índices de testosterona e de sexualidade frustra e rara são capazes de cometer delitos de implicação sexual de extrema gravidade. E o inverso é verdadeiro: indivíduos com índices altíssimos de testosterona que jamais cometeram qualquer tipo de infração, por menor que fosse.

Por outro lado, é desolador que o corpo clínico de uma unidade hospitalar, pelo seu diretor técnico ou pelo seu chefe de serviço, aceite candidamente praticar tais medidas, quando lhe cabia exigir os meios assistenciais adequados para que o detento venha a cumprir sua pena de forma justa e merecida.

## 8.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- COSTA, JR. Profissões liberais: autonomia. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- COUTINHO, L. M. Código de Ética Médica comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
- FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE; LANA, R.L. Profissões da saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- FRANÇA, G. V. Flagrantes médico-legais (I). João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (II). Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1984.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IX). Recife: Edupe, 2008.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (X). Recife: Edupe, 2010.
- \_\_\_\_\_. Greve de fome. Folha de S. Paulo, Folhetim, 9 maio 81.
- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1982.
- \_\_\_\_\_. O direito arbitrário de tratar. JAMB, São Paulo, ano XIV, n. 612, 1972.
- \_\_\_\_\_. Pareceres. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.
- GALÁN CORTÉS, J. C. Aspectos legales de la relación clínica. Madrid: Jarpyo Editores, 2000.

- HIVERT, P. E.; BRION, I. F. Grève de la faim en prison. Rev. Pénitentiaire Droit Penal, v. 4, n. 94, 1970.
- JESUS, D. E. Direito penal. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- LEY, A. Le refus de manger dit grève de la faim chez les prisonniers. Rev. de Droit Penal Crim., v. 34, 1953/4.
- MIRABETE, J. F. Manual de direito penal. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- NORONHA, E. M. Direito penal. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- RIBEIRO, L. Direito de curar. Rio de Janeiro: Tese, 1932.
- \_\_\_\_\_. Tratamento arbitrário. Revista de Identificação e Ciências Conexas, ano XII, n. 26, 1957.
- ROMEIRO, V. R. Legislação médica. São Paulo: Atheneu, 2009.
- SEBASTIÃO, J. Responsabilidade médica civil, criminal e ética. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

## OMISSÃO DE SOCORRO

**Sumário:** 9.1. Introdução. 9.2. Aspectos legais. 9.3. A ordem administrativa e o exercício médico. 9.4. A consciência do perigo. 9.5. Plantão “a distância”. 9.6. Conduitas na urgência e na emergência. 9.7. Referências bibliográficas.

### Código Penal

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando é possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o auxílio da autoridade pública:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.

Art. 135-A. Exigir cheque caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial:

Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte.

### Código de Ética Médica

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XII – O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e

terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada à herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## **RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

*É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2.º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3.º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4.º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal. (...)

Art. 7.º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8.º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9.º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição. (...)

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença. (...)

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

## **9.1. INTRODUÇÃO**

Punir a omissão de socorro não é fato novo. Há referências a esse delito no Código de Manu e no direito hebraico. Existia entre os romanos a obrigação de proteger os escravos em favor dos senhores e seus parentes, e os soldados e oficiais, como uma verdadeira imposição legal de amparar o direito de terceiros. O direito egípcio considerava criminoso aquele que podendo salvar um ferido permanecesse impassível.

Todavia, foi com o direito moderno que se impôs como forma de obrigação a solidariedade humana, estimulando o altruísmo como um dever cívico. O Código Penal de 1890 considerava apenas os recém-nascidos expostos e os menores de sete anos, talvez por inspiração do Código sardo-italiano de 1859.

A lei penal brasileira vigente, ao tratar da omissão de socorro, afasta-se da repressão ao crime e passa a estimular a mútua colaboração que deve existir entre os homens, na expectativa de assegurar os valores individuais e coletivos. O bem jurídico protegido é o interesse do estado pela segurança física da pessoa humana, quando necessitada de socorro imediato.

Trata-se de uma forma de solidariedade civil e humana, por imposição da lei. Não é apenas um dever moral, mas, sobretudo, uma obrigação legal. De simples bem ético, passou a ser um dever jurídico.

É o incentivo à assistência recíproca que deve haver entre os homens numa sociedade organizada, tornando dever de cada um, dentro de suas reais possibilidades, a assistência a outrem em iminente perigo de vida. Constitui-se numa obrigação criada diante de determinados fatos, pela necessidade imperiosa de evitar um dano, cujo perigo é real, inadiável e grave, mesmo que a situação tenha sido criada pelo próprio periclitante. É um crime eminentemente doloso.

## 9.2. ASPECTOS LEGAIS

As legislações modernas, que tendem cada vez mais a socializar-se, fazem do sentimento de solidariedade humana e da assistência recíproca um dever geral de prestação de socorro, sob forma obrigatória e coercitiva. Em alguns códigos estrangeiros, a violação desse sentimento não chega a configurar-se num crime, mas apenas em contravenção.

Se alguém se sente incapaz de prestar socorro com eficiência, deverá recorrer a outrem, principalmente se aquele é o indicado para tal fim. No entanto, há circunstâncias em que, mesmo procurando-se socorro da autoridade, pela configuração do caso, pode-se considerar omissão de socorro quando a própria pessoa poderia prestar o atendimento. O dispositivo penal, ao referir-se à autoridade pública, o faz àquele que, pela própria natureza de seu ofício, está capacitado a intervir.

No caso de existirem várias pessoas na obrigação de prestar assistência, e uma delas apenas o faz, esse fato exime os restantes de tal responsabilidade, a não ser que a ajuda de mais alguém seja imprescindível. Porém, se nenhum dos presentes presta assistência, todos serão responsabilizados pela omissão de socorro.

Essa assistência imposta pelo nosso diploma legal deve ser prestada não apenas quando as circunstâncias exigirem, mas também quando for possível realizá-la sem risco pessoal e sem violar interesses maiores. Por outro lado, é necessário que a alegação da não prestação de socorro não se prenda a pretextos fúteis ou pequenos danos. É claro que a lei não poderia exigir que sempre diante de um periclitante um homem se transformasse em *herói* ou *bom samaritano*, a ponto de sacrificar-se pelo seu próximo. Entretanto, achamos que existem profissões que pelo seu próprio caráter acarretam a exigência de determinados riscos. Assim é o salva-vidas, o policial e o soldado do fogo. O médico, pelo seu sentimento ético e pela sua consciência profissional, deve, até certo ponto, correr o risco pessoal que certas circunstâncias impõem, pois o fundamento de sua profissão é socorrer seus semelhantes.

O risco moral ou patrimonial não exclui o delito. Todavia, o risco para uma terceira pessoa pode configurar a excludente do estado de necessidade.

O fato de não ter havido dano real não exclui nem atenua a situação do omitente. Se, ao contrário, da omissão de socorro resulta lesão corporal de natureza grave ou morte, configura-se o agravante.

Na omissão de socorro o bem tutelado é a vida e a saúde de outrem. O patrimônio ou a liberdade não

são elementos que caracterizem o delito, pois tal espécie está incluída no capítulo dedicado à periclitación da vida e da saúde.

Enquanto que para o leigo não existe obrigação de prestar socorro se ele está ausente do local onde deveria dar a assistência, para o médico, cuja intervenção é necessária, pois de sua ausência poderia resultar risco ao periclitante, a situação é diferente. Para este o delito está configurado desde que, avisado de um perigo cuja gravidade seria ele a única pessoa capaz de avaliar, mesmo assim recusa seu atendimento sem assegurar-se se esse perigo era ou não de intervenção imediata.

O Tribunal de Saint Claude condenou um médico que se absteve de atender uma pequena enferma, após o desentendimento de um de seus colegas com a família da criança, a qual veio a falecer posteriormente. Em 1964, numa das cidades do Leste da França, um profissional teve decretada sua prisão preventiva por negar-se a atender um rapaz golpeado por uma facada mortal (Louis Kornprobst, Omissão de socorro, *Boletim da Associação Médica Brasileira*, n. 107-108, p. 14, nov.-dez. 1971).

A Câmara Criminal de Paris, em 1961, decidiu que, mesmo receitando remédio sem se deslocar – o que à primeira vista parece uma forma de socorro –, o médico, ainda assim, havia praticado a abstenção (Louis Kornprobst, *op. cit.*, p. 15).

Mesmo quando a assistência médica é materialmente impossível, e o paciente vem a falecer em consequência dessa omissão de socorro médico, ainda assim existe o fato delituoso, embora a impossibilidade acima referida possa ser levada em conta como atenuante. Assim decidiu a Corte de Cassação de França, numa sentença proferida em 1.º de fevereiro de 1955.

Configuram-se como omissão de socorro: a alegação do médico de estar de folga quando não existe outro na localidade; a recusa de tratar o paciente em perigo de vida que não tem recursos para o depósito prévio; a alegação de não existir, entre o hospital e o periclitante, convênio com a sua instituição assistencial.

Ao enunciar o crime de omissão de socorro, o Código refere-se à criança abandonada ou extraviada, o que torna obrigatório o amparo e a prestação de assistência que merecem tais situações.

Logo depois, a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo. Por invalidez considera-se a situação ou o estado, por causa qualquer, que torna incapaz o indivíduo de valer-se de si próprio, sem forças para dominar o perigo, e que necessita de auxílio por dano sério e imediato.

Não importa que a lesão seja de natureza leve, bastando apenas que a vítima esteja na situação de não poder cuidar de si mesma, carente de socorro e incapaz de se valer por seus próprios meios.

Por grave e iminente perigo deve se entender a situação de grande vulto e consideráveis proporções prestes a desencadear o dano, efeito ou consequência. O iminente perigo de vida não é uma situação de difícil avaliação, bastando a certeza de grande sofrimento ou a presunção de resultado danoso, exigindo-se a intervenção desde que se tenha conhecimento de sua possibilidade.

O elemento objetivo do crime é a vontade livre e consciente de não prestar a assistência devida.

Embora esses preceitos não se destinem apenas aos médicos, é claro que, pela natureza de sua profissão, são eles os mais indicados a prestar assistência nos casos de maior gravidade, em que a vida ou a saúde de alguém está em perigo iminente.

Agora, com a Lei n.º 12.653, de 28 de maio de 2012, foi incluída no Código Penal, com o título de *Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial*, a figura do artigo 135-A, com a seguinte redação: “Exigir cheque caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial: Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o

triplo se resulta a morte”.

O estabelecimento de saúde que realize atendimento médico-hospitalar emergencial fica obrigado a afixar, em local visível, cartaz ou equivalente, com a seguinte informação: “Constitui crime a exigência de cheque caução, de nota promissória ou de qualquer garantia, bem como do preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, nos termos do art. 135-A do Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal”.

Na verdade, tal procedimento já era vedado desde 2003, quando passou a vigorar a Resolução Normativa n.º 44 da Agência Nacional de Saúde (ANS). Se mais não fosse, veja o que diz a Constituição Federal: “Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; “Artigo 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

### **9.3. A ORDEM ADMINISTRATIVA E O EXERCÍCIO MÉDICO**

Outro fato que tem causado inúmeras polêmicas é saber se o médico pode recusar sua intervenção, alegando o cumprimento de determinada ordem administrativa, quando as circunstâncias confirmam um caso de perigo de vida.

Em princípio, sabemos que a norma é uma regra de conduta que exprime um dever, prescrevendo uma obrigação para alcançar determinado fim. Surge por imposição das necessidades, dos abusos e dos desgastes existentes. O administrador ao baixar a determinação não tem em mente um caso concreto, pois a lei é geral e abstrata.

O que torna a lei justa é a sua aplicação a uma determinada situação, isto é, a aplicação do geral ao particular. Quem cria a norma não pode estar ciente de todas as eventualidades possíveis e imagináveis.

Sendo assim, o administrador não pode ser responsável quando o médico deixa de atender, em caso extremo, um paciente, mesmo que venha a alegar o cumprimento de determinada disposição administrativa.

O princípio técnico da liberdade de trabalho não afeta a condição de ser a medicina uma profissão que necessita de certa desenvoltura em seu exercício, pelo seu grande interesse social e pelas situações que surgem.

A vida de uma pessoa não pode ficar na dependência de uma determinação pessoal, nem sujeita à frieza e à impessoalidade de uma norma abstrata. Deve-se agir de acordo com a consciência profissional, sem que se seja responsabilizado por qualquer de suas consequências. Quando um médico atende um doente em iminente perigo de vida, está, juridicamente, muito mais próximo dele que da instituição para quem trabalha ou do que determina a lei.

Não se pode, simplesmente, citar o texto normativo quando uma pessoa necessita urgentemente dos serviços médicos, pois a tarefa do profissional da Medicina é aplicar todos os meios e recursos necessários de que dispõe para salvar essa vida, mesmo com sacrifício próprio. É certo que o médico, em tais circunstâncias, será sempre censurado. Porém, entre dois inconvenientes, melhor que isso aconteça por ter prestado socorro necessário. Dificilmente alguém poderá ser punido quando, diante de um estado de necessidade, vier a contrariar uma norma jurídica ou uma ordem de uma autoridade pública.

É preciso que se entenda não ser o médico, no exercício de sua profissão, um simples locador de

serviços, sujeitando sempre a validade de seu trabalho a uma determinação administrativa. O que irá definir a liceidade da dimensão do seu exercício não será essa determinação, mas uma consciência fortalecida na necessidade e no dever.

Em certas ocasiões, nem sempre é fácil aceitar a intervenção de normas numa profissão que exige aspectos de conduta pessoais, morais, éticos e ocasionais, como a medicina. As relações médico-administrativas nem sempre se apresentam de fácil entendimento. A lei e a ética, a norma e a consciência, representadas nas figuras do administrador e do médico, estão em conflito, em várias situações da prática corrente da profissão médica.

Em determinados momentos, o médico passa a ser o único árbitro capaz de entender até que ponto uma conduta pode trazer benefício ao doente, auscultando sua arte e sua consciência, e desprezando, quando for o caso, uma norma burocrática estabelecida. Cria-se um direito que a lei não outorga: o *direito de salvar*.

Tendo a vida humana um valor absoluto e incondicionado, e sendo a missão principal do médico salvar vidas, quando a intervenção é absolutamente indispensável pode ele empregar todos os meios de que dispõe: sua arte, sua ciência e até recursos que contrariem o próprio direito.

Aceitar pura e simplesmente a frieza da imposição de uma norma administrativa é, sem sombra de dúvida, omissão de socorro, sujeitando-se o médico a responder pela não intervenção. Salvar um direito ou um bem, mesmo contrariando uma norma, é justificável sempre que se procure preservá-lo de um perigo real, iminente e inadiável.

#### **9.4. A CONSCIÊNCIA DO PERIGO**

O certo é que a presença de alguém em perigo constitui fato raro para o leigo, enquanto que para o médico essa situação é um acontecimento trivial e cotidiano, não fazendo a lei, entretanto, no que diz respeito à omissão de socorro, qualquer distinção entre eles.

Diante de uma pessoa em iminente perigo de vida, as obrigações do médico não diferem daquelas de qualquer cidadão, mesmo que tenha qualificação profissional específica para o tratamento da pessoa enferma, o que apenas poderia agravar um pouco mais a sua situação.

Quando o profissional da medicina é chamado a intervir, sendo o perigo de vida informado por um terceiro, na maioria das vezes torna-se impossível avaliar a gravidade do caso. É muito comum os parentes exagerarem a situação, por remorso ou como forma de levar mais rápido o médico até o paciente. Há fatos que são gravíssimos e passam despercebidos pelos familiares, e outros que, embora de aparente gravidade, não constituem perigo, sendo exagerados pelo psiquismo do enfermo ou dos circunstantes. A verdade é que nos chamados desesperados, apontados como de grande gravidade, a emergência nem sempre está justificada.

O interessante, no entanto, será observar o comportamento do médico no momento em que é chamado a intervir. Discute-se se é neste instante que ele deverá apreciar o perigo, sabendo-se de antemão que não serão as consequências posteriores que irão justificar se o perigo era real ou aparente, ou se a assistência seria ineficaz. Tomam-se em consideração simplesmente o exato momento do chamado e a necessidade de uma intervenção imediata. A lógica manda que o médico se desloque de imediato até o paciente, a fim de ter a consciência do perigo de vida, pois jamais poderiam os familiares oferecer uma descrição perfeita dos sinais clínicos, não apenas pela falta de conhecimentos, mas sobretudo pela tendência de pressionarem o médico através do exagero, no sentido de obterem, assim, o socorro imediato.

Não se pode negar que, pensando-se dessa forma, passarão os pacientes e seus familiares a exigir

sempre a presença do médico, chegando muitas vezes ao abuso e à exploração, mas, indiscutivelmente, a única maneira de certificar o perigo de vida será sempre a presença do profissional junto ao doente.

Enquanto que para o leigo o crime de omissão de socorro se configura no momento em que a pessoa presencia a gravidade, para o médico esse conceito é muito mais elástico, devido principalmente à sua consciência, e porque, sendo ele um profissional da medicina, fatos dessa natureza se revestem de habitualidade.

Deve existir, para o médico, certa prevalência nos chamados de urgência quando da necessidade de atendimentos simultâneos. Sob o ponto de vista civil, está ele obrigado a atender, em primeiro lugar, um paciente conhecido, pois com o outro cliente ainda não se estabeleceu uma relação contratual jurídica. No entanto, o mais correto será o médico avaliar qual seja a situação mais grave, pois o dever humano manda que seja atendido, em primeiro lugar, o caso mais desesperador.

Há situações em que, na prática, o perigo de vida pode ser avaliado a distância, como, por exemplo, uma mulher em trabalho de parto com um grande sangramento. Quando as condições de perigo são desconhecidas, deve o médico estabelecer a seu critério a prioridade de atendimento, sem contudo deixar de fazer alguma coisa em favor do outro. Não lhe pode caber nenhuma censura por qualquer eventualidade surgida ao não atendido, pois ninguém pode exigir do profissional o dom da onipresença.

## **9.5. PLANTÃO “A DISTÂNCIA”**

Qualquer que seja a dimensão de um estabelecimento de saúde que interna pacientes – agudos ou crônicos –, está ele obrigado a dispor permanentemente de médico plantonista. Essa é a regra. Se tal unidade hospitalar não pode oferecer esse mínimo requisito, não tem condições éticas e técnicas de funcionamento. Nem muito menos deve o setor público ou privado manter com ela convênios médico-assistenciais, em virtude da ausência de tão elementar necessidade.

Com muito mais razão, exija-se dos serviços nosocomiais que se credenciem e se prestem ao atendimento de urgências e emergências médicas. Aí, em face das vastas proporções no seu âmbito assistencial, reside um dos setores mais significativos da prática médica, cuja importância resulta na própria gravidade e na delicadeza de cada situação. Não é exagerado afirmar-se que a vida das pessoas de uma comunidade depende muito da qualidade e da presteza de suas decisões. Em suma, esses serviços devem estar sempre bem estruturados e, hoje, mais do que nunca, assistidos por um número de médicos capaz e suficiente para o adequado atendimento, naquilo que o caso requer. Para tanto, de-ve-se evitar toda e qualquer possibilidade de omissão e de negligência. Nesse particular, desempenha papel de grande importância o diretor-clínico, cuja função, entre outras, é organizar as ações de saúde e disciplinar as escalas de serviços.

Desse modo, não se pode conceber a existência de um serviço de tal magnitude, desfalcado do seu elemento mais importante, ou representado, de forma escamoteada, pelos denominados plantonistas “a distância” ou “de sobreaviso”. Todo serviço de urgência deve ter obrigatoriamente seus plantonistas ou suas equipes de plantão, não só pelas sucessivas ocorrências que chegam ao hospital, senão também pela observação, assistência e cuidados aos pacientes internados, sujeitos às mudanças de seus quadros clínicos. Fora dessa concepção, compromete-se o mais fundamental e o mais dogmático de todos os dispositivos do Código de Ética Médica: “O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano”.

Por esses e outros tantos fatos, impõe-se, imperativamente, que os serviços de urgência dos hospitais sejam muito bem estruturados e assistidos por médicos plantonistas nas 24 horas do dia, e que isso esteja determinado nos regimentos internos do Corpo Clínico de cada unidade hospitalar, como exigência dos

Conselhos de Medicina. No momento do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares, deve ser exigido que conste não só a relação dos profissionais legalmente habilitados, como também uma cláusula onde fique patente o compromisso da presença de plantonista ou de uma equipe de plantão nos serviços de urgência.

Assim, a omissão do plantonista constitui infração ético-disciplinar, pois são vedados ao médico: “praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência e negligência”, “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica” (quando se deixa o plantão com estudantes de medicina), “deixar de atender em setores de urgência ou emergência, quando for sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida do paciente, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria”, “afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave” e “deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença do substituto, salvo por motivo de força maior”.

Coisa diferente é o elenco de especialistas credenciado para complementar o diagnóstico ou a terapêutica nas ocorrências fortuitas, pois seria impossível manter-se num mesmo plantão duas ou três dezenas de facultativos capazes de atender um ou outro caso isoladamente. Certas especialidades, como otorrinolaringologia, oftalmologia ou neurologia podem ser solicitadas a darem sua contribuição complementar. Todavia, esse não é o modelo, *verbi gratia*, para a anestesiologia.

Com esse enfoque, resta evidente que, se um hospital está credenciado para o atendimento de urgência e, por uma ou outra razão, não tem o paciente tal atendimento, é possível que a pessoa jurídica responda civilmente pelos danos verificados. Os médicos responsáveis pelo socorro e os seus superiores imediatos, coniventes ou corresponsáveis pela omissão, podem ser arguidos em suas responsabilidades ética e legal, mesmo estando eles escudados no que se chamou de plantonistas “de retaguarda” ou “de sobreaviso”. Na prática, um pronto-socorro geral não pode deixar de contar com anestesistas e cirurgiões, as maternidades com obstetras e anestesistas e as UTIs com os intensivistas, 24 horas do dia.

Em tese, a falta ao plantão reveste-se de características de infração ética, seja por deliberada intenção, seja pela ausência de comunicação ao setor competente do hospital, para que sejam tomadas as devidas providências. Por isso, deve a autoridade hierarquicamente superior ao plantonista estar ciente para promover a imediata substituição, evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento. Fica claro ainda que, pelo dano produzido na ausência de um plantonista, não é apenas ele o responsável, mas também seu chefe imediato, caso não tenha tomado as medidas cabíveis ou haja concordado com expedientes acomodatórios e conciliatórios.

Enfim, se um paciente necessita de assistência urgente e não a tem, pelo fato de o médico encontrar-se de plantão “de sobreaviso”, constitui omissão de socorro. O Chefe do Serviço e o Diretor Clínico coniventes com o sistema do atendimento “a distância” são coautores, porque cabe a eles, em última análise, a tarefa de organizar e planificar o atendimento de urgência naquele tipo de hospital. Sendo eles os encarregados da qualidade e da sistematização do atendimento, não há como negar-lhes a obrigação de responder pela falta do atendimento, pois permitiram a permanência “a distância” do médico plantonista e esta ausência resultou em prejuízo. A decisão de ficar “de sobreaviso” foi a responsável pelos danos verificados. Ainda mais se o ato médico não prestado era específico daquela especialidade do *médico omitente*.

## **9.6. CONDUTAS NA URGÊNCIA E NA EMERGÊNCIA**

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

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

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

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

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

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

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM n.º 1.451/1995, que trata dos estabelecimentos de pronto-socorro públicos ou privados estabelece que a equipe médica do pronto-socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: *anestesiologia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ortopedia*. E que devem ter recursos técnicos indispensáveis, também com funcionamento ininterrupto em *radiologia, laboratório de análises, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, farmácia básica para urgência e unidade de transporte equipada*. Aqueles serviços de urgência e emergência de maior complexidade deverão ser definidos em cada estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com a realidade e as disponibilidades de cada região.

Com certeza, é na urgência e na emergência que se evidenciam as situações mais graves e ameaçadoras da vida humana e, por isso, exigem medidas imediatas e especiais na proteção do assistido.

Em face das condições mais complexas em cada atendimento, a relação médico-paciente é diferente

de outras formas de assistência, desde o primeiro contato com o pessoal burocrático até as circunstâncias precárias e tumultuadas no acolhimento do paciente.

É claro que nem sempre o médico tem condição de informar corretamente ao paciente sobre seu estado e explicar a conduta terapêutica disponível, obtendo, assim, deste o consentimento. Mais sério ainda é quando a relação se dá com um paciente menor grave que se apresenta sem a companhia dos seus responsáveis. Ou quando o paciente ou seus representantes recusam o tratamento, mesmo diante de ocorrências que exigem uma imediata intervenção.

O Código de Ética Médica elegeu o *princípio da beneficência* como o primeiro dos princípios, estando assim o médico na obrigação ética e legal de utilizar o tratamento salvador.

Outra situação bem significativa na relação do urgentista com o seu paciente é o respeito à sua privacidade, ficando assim o profissional na obrigação de manter sigilosas as informações colhidas no atendimento.

Os médicos que trabalham em urgência são muito solicitados sobre questões ligadas à morte encefálica, tanto para a suspensão de meios artificiais da vida como nos casos de uso de órgãos e tecidos para transplantação. Os critérios adotados para a definição na suspensão dos meios artificiais de vida estão definidos na Resolução CFM n.º 1.480/1997, devendo comunicar tal ocorrência aos representantes legais do paciente, antes de adotar qualquer medida adicional.

Quanto à transferência dos pacientes graves para outros setores especializados, não deve o médico colocar obstáculos se essa medida é tomada em favor de uma melhor assistência. Por outro lado, também não deve, por razões várias, transferir o paciente de maneira açodada, como quem quer descartar-se de uma responsabilidade.

Por fim, deve o urgentista considerar que, embora seu Código admita o direito de greve, no setor de urgência e emergência isto não pode ser levado ao extremo, mesmo estando ele respaldado por decisão majoritária de sua categoria.

Já as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas como locais existentes dentro do hospital onde se realiza o atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, através de sua Resolução n.º 71/1995, regulamenta as atividades das UTIs, estabelecendo critérios para os internamentos, a composição das equipes, a jornada de trabalho e a sua estruturação física.

Recomenda que o paciente quando internado na UTI tenha um médico responsável e, caso ele não disponha, que seja providenciado o mais rápido possível. Só na emergência podem ser tomadas medidas sem a concordância do médico responsável. A alta deve ser decidida entre a equipe da UTI e o médico responsável.

Nas questões mais delicadas, os intensivistas devem orientar-se pelos princípios fundamentais da Bioética, principalmente no que concerne ao internamento, às condutas terapêuticas e à alta.

O primeiro princípio a ser adotado é o da *beneficência*, ou seja, só internar o paciente se ele apresenta um *potencial de salvabilidade*, pois a UTI não se presta simplesmente para internar, mas para oferecer condições em favor da recuperação de um doente com expectativa de cura ou melhora.

Se o paciente não tem condições de recuperação, a UTI certamente não é o lugar apropriado para quem necessita apenas de apoio e conforto. Aí, aplica-se o *princípio da não maleficência*.

O *princípio da autonomia*, que para alguns constitui o primeiro dos princípios, deve ser acatado naquilo que diz respeito ao direito do paciente orientar-se com liberdade, seja recusando tratamento ou não aceitando medidas de ressuscitação. Esta questão deve ser bem avaliada pela equipe, pelo médico

responsável e pela Comissão de Ética do hospital, embora, nos casos de iminente perigo de vida, o Código de Ética dos médicos manda tratar.

Finalmente que estes pacientes sejam tratados dentro de uma lógica que atenda aos limites da distribuição global dos recursos médico-hospitalares, e, no caso de eles serem escassos, usá-los quando estritamente necessários e onde venha se obter um resultado. É condenável, por todos os motivos, a utilização do chamado *tratamento fútil*, ou seja, daqueles que são inócuos ou incapazes de melhorar as condições do paciente, servindo apenas para prolongar o sofrimento e retardar uma morte irreversível. Essa forma de conduta, conhecida como *paternalismo médico*, é condenável sob todos os aspectos. Deve prevalecer, nestes casos, o *princípio da justiça*, desde que convenientemente aplicado.

## 9.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRUNO, A. Direito penal. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.
- COSTA, JR. Profissões liberais: autonomia. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- FIGUEIREDO, A. M.; FREIRE; LANA, R.L. Profissões da saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- FRANÇA, G. V. AIDS – Um enfoque ético-político. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, n. 26 (3), p. 187-192, jul.-set., 1993.
- \_\_\_\_\_. A norma administrativa e o exercício médico. JAMB, São Paulo, ano XV, n. 662, 1973.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (V). Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (VI). Recife: Edupe, 2006.
- \_\_\_\_\_. Medicina legal. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. Omissão de socorro. JAMB, São Paulo, ano XVI, n. 686, 1974.
- HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1962.
- JESUS, D. E. Direito penal. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- KORNPROBST, L. A imputação de responsabilidade perante os tribunais em matéria de cirurgia estética e reparadora. BAMB, São Paulo, n. 109-114, 1972.
- \_\_\_\_\_. Os aspectos filosóficos, éticos e jurídicos que determinam a lei francesa à omissão de socorro. BAMB, São Paulo, n. 107-108, 1971.
- MIRABETE, J. F. Manual de direito penal. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- NORONHA, E. M. Direito penal. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- ROMEIRO, V. R. Legislação médica. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ROVIRA, G.B. Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos. Montivideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SEBASTIÃO, J. Responsabilidade médica civil, criminal e ética. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- VIANA, M. G. Ética geral e profissional. Porto: Livraria Figueirense, 1976.

## RESPONSABILIDADE MÉDICA

**Sumário:** 10.1. Introdução. 10.2. Conceito geral. 10.3. Antecedentes. 10.4. Responsabilidade profissional. 10.5. Deveres de conduta do médico. 10.5.1. Dever de informação. 10.5.2. Dever de atualização. 10.5.3. Dever de vigilância e de cuidados. 10.5.4. Dever de abstenção de abuso. 10.6. Elementos da responsabilidade. 10.7. Aspectos jurídicos. 10.8. Contrato de Prestação de Serviços Médicos. 10.9. Resultado adverso. 10.10. Erro médico. 10.11. Responsabilidade penal do médico: 10.11.1. Imprudência médica; 10.11.2. Negligência médica; 10.11.3. Imperícia médica. 10.12. Prescrição penal e prescrição civil. 10.13. Ato médico: obrigação de meios ou de resultados? 10.14. Responsabilidade civil do médico. 10.15. Consentimento esclarecido e responsabilidade civil. 10.16. Responsabilidade funcional do estudante. 10.17. Responsabilidade médica derivada. 10.18. Socialização do risco médico. 10.19. Política de prevenção de risco de erro médico; 10.19.1. Fatores de risco. 10.20. Deveres de conduta das entidades prestadoras de serviços médicos. 10.21. Responsabilidade civil das instituições de saúde do hospital e banco de sangue. 10.22. Responsabilidade civil dos laboratórios e de diagnóstico por imagem. 10.23. Como proceder diante da alegação de erro médico: 10.23.1. Algumas advertências; 10.23.2. Afinal, o que se deve fazer? 10.24. Mediação, conciliação e arbitragem médica e de saúde. 10.25. A perícia do erro médico: 10.25.1. O nexo causal; 10.25.2. As concausas; 10.25.3. Os aspectos circunstanciais do ato médico; 10.25.4. O estado anterior do paciente; 10.25.5. Os padrões médico-legais. 10.26. Responsabilidade solidária. 10.27. Responsabilidade do paciente ou de terceiros. 10.28. Responsabilidade trabalhista e residência médica. 10.29. Responsabilidade dos bancos de dados de DNA. 10.30. Alta hospitalar. 10.31. Referências bibliográficas.

### Código Civil

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Art. 206. Prescreve: (...)

§ 3.º Em três anos: (...);

V – a pretensão de reparação civil.

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (artigos 186 e 187), causar dano a outrem é obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I – no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II – na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez.

Art. 951. O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

## **Código Penal**

Art. 18. Diz-se o crime: (...);

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Art. 61. São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime:

II – ter o agente cometido o crime: (...);

g) com abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão.

Art. 121. Matar alguém:

Pena – reclusão de seis a vinte anos. (...).

§ 3.º Se o homicídio é culposo:

Pena – detenção, de um a três anos.

§ 4.º No homicídio culposo, a pena é aumentada de um terço, se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediatamente socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante.

Art. 133. Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:

Pena – detenção, de seis meses a três anos.

§ 1.º Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão, de um a cinco anos.

§ 2.º Se resulta a morte:

Pena – reclusão, de quatro a doze anos.

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando é possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o auxílio da autoridade pública:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 135-A. Exigir cheque caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar

emergencial: (Incluído pela Lei n.º 12.653, de 2012.)

Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa. (Incluído pela Lei n.º 12.653, de 2012.)

Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte (Incluído pela Lei n.º 12.653, de 2012.)

## **Código de Ética Médica**

*É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2.º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3.º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4.º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5.º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6.º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7.º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8.º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9.º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumular-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de

embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

## 10.1. INTRODUÇÃO

Não existe no momento, no mundo inteiro, outra atividade mais vulnerável que a medicina, chegando a ser uma das mais difíceis de se exercer sob o ponto de vista legal. Já se disse até, com certa razão, que a profissão médica estaria seriamente ameaçada pelo risco dos pleitos demandados pelos pacientes.

O erro presumido é uma das acusações mais frequentes. Os doentes também culpam o não esclarecimento prévio de uma intervenção mesmo quando a operação se apresenta dentro das exigências da técnica e da lei.

O pensamento do legislador nos dias que correm não está isento de dúvidas a respeito das operações cosméticas, da esterilização cirúrgica, das experiências científicas no homem, da fecundação artificial heteróloga, do descarte de embriões, do aborto eugênico ou econômico, do tratamento arbitrário e da omissão de socorro.

Na prática, vem se imputando uma impressionante variedade de erros profissionais, tais como: exame superficial do paciente e conseqüente diagnóstico falso; operações prematuras; omissão de tratamento ou retardamento na transferência para outro especialista; descuidos nas transfusões de sangue ou anestésias; emprego de métodos e condutas antiquados e incorretos; prescrições erradas; abandono do paciente; negligência pós-operatória; omissão de instrução necessária aos doentes; responsabilidade médica por suicídio em hospitais psiquiátricos. E ainda outros casos que dependem menos do médico do que do seu instrumental; queimaduras por raios X; infecções propagadas por instrumentos; ou o não funcionamento de um artefato qualquer no momento preciso.

Nos países hispano-americanos, são mais raros os pleitos contra profissionais da Medicina. Na

Suécia, essas ações são também excepcionais, devido ao respeito tradicional à autoridade e ao alto nível social do médico, impedindo, assim, seja citado diante dos juízes.

Nos EUA, todavia, cresce diariamente o número de pacientes que pleiteiam contra seus médicos, e os tribunais americanos adotam medidas mais rigorosas do que em outros países. Existe ali certa ênfase quanto à inviolabilidade pessoal do paciente.

Whitney Kelly (*apud* Hermes R. de Alcântara, Responsabilidade civil e penal dos anestesiológicos, *Revista Brasileira de Anestesiologia*, ano 21, n. 2, abr.-jun. 1971) já dizia: “Muitos de nós estamos alarmados pelo crescente número de ações de responsabilidade médica que está sendo atribuído pela Justiça através da nação. Parece uma onda de ações de responsabilidade médica a varrer todos os Estados Unidos a partir da Califórnia”.

Existem fatores específicos responsáveis pela grande frequência de litígios contra médicos naquele país. E por isso já se chamou aquela nação de paraíso dos advogados. Esses profissionais encontram-se hoje em dia perfeitamente adestrados em conhecimentos médicos, uma vez que se publicam constantemente livros e revistas especializados para eles. Já começa assim a surgir uma nova classe de advogados – os juristas médicos.

Desse modo, não se pode estranhar o aumento excessivo dos processos nos Estados Unidos nestes últimos anos. Em 1998, chegaram a 60 mil demandas anuais. O custo da classe médica e seus seguros alcançaram uma cifra de 500 milhões de dólares por ano. No país inteiro, três de cada sete médicos já foram citados por responsabilidade médica, e, na Califórnia, três de cada quatro.

Nos outros países observam-se também tendências crescentes dos pleitos. No Japão, segundo o Prof. Koichi Bai, os tribunais, a partir de alguns anos, também começaram a favorecer de modo excessivo os pacientes.

Segundo a União de Defesa Médica da Inglaterra, o aumento dos processos por negligência médica naquele país é devido a dois fatores: a socialização da medicina, despersonalizando a relação entre médico e doente, e o aumento dos pacientes. Neil Chaquet, de Boston, afirma: “As duas mais constantes ações legais contra médicos são aquelas nas quais os motivos são a negligência e a falta de consentimento” (*apud* Hermes R. de Alcântara, *op. cit.*). Leterneau ensina que “a melhor maneira de evitar ação por responsabilidade médica é estabelecer e manter uma boa relação médico-paciente”.

Na Inglaterra, onde quase todos os hospitais eram mantidos por instituições voluntárias, logo que o Serviço Nacional de Saúde ficou com a responsabilidade de seus encargos, a partir de 1948, começaram as demandas a aumentar, pois seu pessoal técnico e administrativo era de caráter estatal.

O Prof. Hans Stoll, da Alemanha, diz que o médico era antigamente uma autoridade indiscutível, porém hoje é considerado um profissional como outro qualquer, que ganha a vida como os demais e deve pagar pelos erros cometidos. Daí o crescente número de demandas. Na Bélgica e na África do Sul comprovou-se também o evidente aumento das lides. No Canadá, segundo o Dr. A. A. Klass, “o monstro dos pleitos por negligência médica começa a crescer”.

Um aspecto que não pode ser esquecido é a mudança do relacionamento entre o médico e o paciente. O laço paternal que existia entre as famílias e os médicos *de cabeceira* transforma-se pouco a pouco numa relação quase impessoal, principalmente nas grandes cidades. Por outro lado, a especialização vai transformando o médico num técnico altamente adestrado e impessoal, que recebe os pacientes transferidos de outros colegas. Mais uma vez é o Prof. Stoll quem afirma: “Em lugar do velho estilo ‘*de cabeceira*’, o médico de hoje em dia parece depender mais de um formidável aparato instrumental, que salva vidas perdidas por seus predecessores. A imagem do pai foi substituída pelo técnico especializado” (*apud* S. A. Strauss, Negligência médica, *Documenta Geigy*, trad. do A., Basileia, 1971,

p. 4).

Os resultados das intervenções atuais são mais espetaculares que o das gerações passadas. A publicidade é muito mais ampla devido aos mais modernos meios de divulgação. Os transplantes cardíacos tanto fascinaram a imaginação do mundo inteiro, que hoje se passou a esperar muito mais da Medicina.

Atualmente as intervenções são mais ousadas, em virtude de uma maior segurança. Por outro lado, porém, correspondentemente os riscos também aumentam, e quando se produzem resultados inesperados os problemas se apresentam mais graves que antigamente. Um paciente não satisfeito estará mais disposto a pleitear com um técnico frio e impessoal do que com um velho e fraternal amigo da família.

Nos Estados Unidos, realizou-se uma enquete e apurou-se que um bom número de demandantes questionava, não contra o médico, mas contra a companhia de seguros responsável. No dizer do Dr. A. A. Klass, “uma instituição astuta e desumana, com muitos milhões” (*Id., ibid.*).

A maioria dos advogados admitiu, no entanto, que o aumento dos processos contra médicos não dá lugar a se deduzir uma negligência mais atual, e sim um aumento de demandantes que citam seus médicos ante os tribunais.

Um dos efeitos menores será, sem dúvida, o aumento dos honorários médicos, devido principalmente às altas cotas de seguro. O mais grave será a inibição do médico no exercício de sua profissão. E os demandantes que parecem, a princípio, sair ganhando sairão certamente perdendo.

Nos Estados Unidos os pleitos são mais constantes, e já existem estados que se viram obrigados a modificar suas leis destinadas a proteger e estimular o médico, principalmente nas intervenções de urgência. Foram chamadas de “Leis do Bom Samaritano”.

Segundo o Prof. S. A. Strauss, da África do Sul, existem em algumas jurisdições americanas comitês de voluntários onde ingressam tanto médicos como advogados, a fim de efetuarem uma seleção crítica das demandas. Essas instituições contribuem para desanimar os litigantes sem fundamento, e orientam simultaneamente, com provas periciais, os demandantes com causas justificadas.

Há ainda uma corrente que defende um tribunal especializado constituído por representantes de diversas profissões, o que, todavia, não tem encontrado eco entre os advogados, que defendem ser o tribunal comum competente para tais litígios.

O certo é que num hospital onde entram dezenas de doentes haverá sempre um risco, apesar de todos os cuidados empregados em qualquer intervenção, por mais simples e trivial que ela seja. Seria injusto, pois, culpar a instituição ou o médico por um acidente inevitável.

A verdade é que somente o futuro dirá o rumo da responsabilidade médica, sabendo-se de antemão que a lei adequada é sempre aquela que vem em benefício de todos.

## **10.2. CONCEITO GERAL**

Há um princípio jurídico segundo o qual todas as pessoas são obrigadas a responder por danos causados a terceiros, a fim de que sejam resguardados os interesses dos indivíduos no seio da coletividade.

Alexander Lacassagne definiu a responsabilidade médica como a obrigação que podem sofrer os médicos em virtude de certas faltas por eles cometidas no exercício de sua profissão, faltas essas que geralmente comportam uma dupla ação: civil e penal. Sob este último aspecto, o médico se vê, diante de um delito, sujeito a uma determinada pena. Quanto ao aspecto civil, acarretando o dano físico um prejuízo econômico, impõe-se um pagamento em dinheiro como forma de indenização.

Existe uma corrente contrária a qualquer responsabilidade, por entender a medicina como “um mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, ao qual só pode aproveitar essa condição” (*apud* Nério Rojas, *Medicina legal*, trad. do A., 7. ed., Buenos Aires: El Ateneo, 1961).

Entre as razões apresentadas alegam:

1. o diploma médico é uma prova incontestada de competência, e o profissional não poderá ser julgado em cada novo caso;
2. o temor às punições levaria a uma inibição e a um entrave ao progresso científico, tornando-se a Medicina uma ciência tímida e rotineira;
3. os tribunais leigos não teriam capacidade científica para julgar os feitos médicos com precisão e equidade;
4. a Medicina não é uma ciência que tem a exatidão da Matemática e, por isso, varia em seus aspectos pessoais e circunstanciais.

Esses argumentos são carentes de fundamento porque, pela simples razão de o médico ter um diploma, não se exime de seu estado de falibilidade. Por outro lado, a lei não entrava o progresso de nenhuma ciência; ao contrário, ela a ampara e protege. O que realmente compromete o progresso da Medicina é a irresponsabilidade médica. Os tribunais não são leigos nem incompetentes; pois, quando os juízes avaliam as faltas dos médicos, manifestam-se depois de ouvir os próprios médicos e os peritos, que são, na verdade, os olhos da lei. Finalmente, embora não haja na Medicina a exatidão fria da Matemática, sempre existe um critério de previsibilidade, a fim de se afastarem os danos considerados evitáveis.

### 10.3. ANTECEDENTES

A jurisprudência firmada sobre a responsabilidade médica teve ênfase na França, através do Procurador-Geral Dupin.

Em 1825, em Dromfront, o Dr. Hèlie, chamado para fazer um parto, verificou que o ombro e a mão direita da criança se encontravam no trajeto vaginal. Resolveu, então, amputar o braço do feto, a fim de facilitar sua expulsão. Em seguida notou o outro braço em situação análoga, efetuando também sua amputação. Mais tarde nascia a criança, a qual veio a sobreviver. Os pais entraram em juízo com uma ação contra o médico. Solicitou o Tribunal parecer da Academia de Medicina, a qual respondeu que “o médico não é responsável senão quando produz um dano intencionalmente, com premeditação, por pérfidos desígnios e criminosas intenções”, concluindo pela não responsabilidade do Dr. Hèlie. O Tribunal não aceitou o parecer e declarou o médico culpado, condenando-o a uma indenização sob a forma de renda vitalícia.

Em 1835, o Dr. Thouret Noroy, de Evreux, chamado a atender um paciente, praticou uma sangria na prega do cotovelo, lesando a artéria. Colocou bandagens compressivas e retirou-se. Solicitado por vezes sucessivas, negou-se ao atendimento. O paciente, não suportando as dores, e sentindo os primeiros sinais de gangrena, procurou outro médico que lhe amputou o braço. O Tribunal Civil de Evreux condenou o Dr. Thouret a pagar uma indenização “por imperícia, negligência grave e falta grosseira”.

Foi então que surgiu o Procurador-Geral Dupin, rebatendo todos os argumentos, inclusive os da Academia de Medicina. Seu parecer tem um extraordinário valor histórico e jurídico. Entre outras coisas afirmava:

“O médico e o cirurgião não são indefinidamente responsáveis, porém o são às vezes; não o são sempre, mas não se pode dizer que não o sejam jamais. Fica a cargo do juiz determinar cada caso, sem afastar-se desta noção fundamental: para que um homem seja considerado responsável por um ato cometido no exercício profissional, é necessário que haja cometido uma falta nesse ato; tenha sido possível agir com mais vigilância sobre si mesmo ou sobre seus atos e que a ignorância sobre esse ponto não seja admissível em sua profissão.

Para que haja responsabilidade civil, não é necessário precisar se existiu intenção; basta que tenha havido negligência, imprudência, imperícia grosseira e, portanto, inescusáveis.

Em circunstâncias raras, que podem, porém, apresentar-se às vezes, se o médico é levado ante os tribunais, não se deve dizer que sua reputação está sem garantias. Somente seus atos são submetidos à sua equânime apreciação, como são as ações de todos os outros cidadãos, quaisquer que sejam os seus estados ou as suas condições.

Na responsabilidade, tal como se pode entender da lei civil, não se trata de capacidade, mais ou menos ampla, ou de talento mais ou menos brilhante, mais ou menos sólido, senão somente da garantia contra a imprudência, a negligência, a pressa e uma ignorância crassa a respeito daquilo que se devia necessariamente saber e praticar em uma profissão.

Os tribunais estão ali para apreciar os feitos, e nesta apreciação não devem perder de vista estes princípios: para que um homem possa ser considerado responsável por um ato em sua profissão, é necessário que haja uma falta em seu ato, que haja sido possível, com uma vigilância sobre si mesmo ou sobre seus atos, garantir-se contra ela; o que no feito se espera é que a falta seja de tal natureza, que se torne completamente inescusável o havê-lo cometido.

Desde o momento em que os feitos médicos reprovados, que por sua natureza estão exclusivamente reservados às dúvidas e discussões da ciência, saem da classe médica; desde que eles se compliquem de negligência e ignorância de coisas que se devem necessariamente saber, então a responsabilidade de direito comum existe, e a competência da justiça está aberta”.

E, depois de emitir mais alguns conceitos sobre a responsabilidade, continua:

“Aos tribunais corresponde aplicar a lei com discernimento, com moderação, deixando para a ciência toda a latitude de que se necessita, dando, porém, à justiça e ao direito comum tudo o que lhe pertence”.

E termina dizendo:

“Que os médicos se confortem: o exercício de sua arte não está em perigo; a glória e a reputação de quem a exerce com tantas vantagens para a Humanidade não serão comprometidas pela falta de um homem que falhe sob o título de doutor. Não se sacam conclusões e dificilmente se conclui partindo do particular ao geral, e de um fato isolado a casos que não oferecem nada de semelhante. Cada profissão encerra, em seu meio, homens dos quais ela se orgulha e outros que ela renega” (*apud* Nério Rojas, *op. cit.*).

Hoje a responsabilidade médica é aceita pelos magistrados, juristas e médicos, embora alguns discordem num ou noutro ponto.

Com o parecer de Dupin, fixou-se uma boa doutrina:

1. o médico, como profissional, está sujeito às sanções da lei;
2. na aplicação dessas sanções, os tribunais devem ser prudentes;
3. isso não afeta o prestígio nem o progresso da Medicina.

## 10.4. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

No mundo jurídico, pode-se considerar responsabilidade como a obrigação de reparar prejuízo decorrente de uma ação de que se é culpado, direta ou indiretamente. E por responsabilidade profissional, no âmbito do exercício da medicina, como um elenco de obrigações a que está sujeito o médico, e cujo não cumprimento o leva a sofrer as consequências impostas normativamente pelos diversos diplomas legais.

Portanto, responsabilidade é o conhecimento do que é justo e necessário, não só no sentido moral, mas também dentro de um sistema de obrigações e deveres, diante do que é lícito e devido. Ripert dizia não entender por lei moral qualquer vago ideal de justiça, mas essa lei bem precisa que rege a sociedade moderna e que é respeitada porque é imposta pela fé, a razão, a consciência e pelo respeito à dignidade das outras pessoas (*A regra moral nas obrigações civis*, São Paulo: Saraiva, 1937).

Assim, a expressão “responsabilidade” pode ser empregada tanto no sentido ético como no sentido jurídico, visto que, em se tratando do exercício de uma profissão liberal, intrinca-se necessariamente os valores morais e legais, pois as razões jurídicas não podem estar dissociadas das razões de ordem moral.

Antes prevalecia o conceito de ampla liberdade de agir, chegando-se ao exagero de admitir ser a medicina “um mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, ao qual só pode aproveitar essa condição”. Exagerava-se ainda quando se afirmava que o diploma do médico era uma prova incontestável de competência e de idoneidade e que a medicina não era uma ciência exata como a matemática.

É claro que, com o passar dos anos, os imperativos de ordem pública foram se impondo pouco a pouco como conquista da organização da sociedade. Foi-se vendo que a simples razão de o médico ter um diploma não o exime de seu estado de falibilidade. Por outro lado, o fato de se considerar o médico, algumas vezes, como infrator, diante de uma ou outra conduta técnica desabonada pela *lex artis*, isso não quer dizer que sua reputação está sem garantias. Somente os seus atos podem ser submetidos a uma equânime apreciação, como são as ações de todos os outros cidadãos, quaisquer que sejam os seus estados ou as suas condições.

Atualmente, o princípio da responsabilidade profissional é aceito por todos – médicos, juristas e a própria sociedade –, desde que na apreciação desses feitos fique caracterizada uma conduta atípica, irregular ou inadequada contra o paciente, durante ou em face do exercício médico. Espera-se apenas que na avaliação dessa responsabilidade haja transparência no curso da apreciação e dê-se ao acusado o direito de ampla defesa, e que não se venha macular o prestígio da medicina e dos médicos pelo fato de uma conduta isolada. Aguarda-se, finalmente, que na apreciação da responsabilidade profissional do médico fique exaustivamente provada a inobservância das regras técnicas ou a atipia de conduta em sua atividade funcional.

Pergunta-se muito se o médico pode responder por erro de diagnóstico ou por erro de conduta. A maioria tem se pronunciado achando que o erro de diagnóstico não é culposo, desde que não tenha sido provocado por manifesta negligência, e que o médico não tenha examinado seu paciente segundo as regras e técnicas atualizadas e disponíveis da medicina e da sua especialidade em particular. Já os erros de conduta podem ocorrer – e são os mais comuns, mas convém que eles sejam analisados criteriosamente, pois, nesse sentido, há muitas discordâncias sobre a validade e a eficiência de cada método e de cada conduta. A verdade é que se exige muito dos médicos, ainda sabendo que sua ciência é limitada e que sua obrigação é de meios e não de resultado. Mesmo que a vida seja um bem imensurável, a supervalorização desta ciência jamais encontrará uma fórmula mágica e infalível.

Por fim, quando da avaliação da culpa médica, deve ficar evidente que sem a existência de um dano

efetivo e real não se pode caracterizar a responsabilidade profissional, tal qual ela está inserida nos dispositivos específicos, seja por imperícia, imprudência ou negligência. A determinação concreta do dano, além de indispensável em relação à configuração da responsabilidade médica, pode estabelecer o grau da culpa e a extensão da liquidação. Mesmo assim, ainda há de se concretizar o nexo de causalidade e as condições em que se verificou o dano.

## 10.5. DEVERES DE CONDUTA DO MÉDICO

Qualquer que seja a forma de avaliar a responsabilidade de um profissional em determinado ato médico, no âmbito ético ou legal, é imprescindível que se levem em conta seus deveres de conduta.

Entende-se por responsabilidade a obrigação de reparar prejuízo decorrente de uma ação do qual se é culpado. E por dever de conduta, no exercício da medicina, um elenco de obrigações a que está sujeito o médico, e cujo não cumprimento pode levá-lo a sofrer as consequências previstas normativamente.

Desse modo, responsabilidade é o conhecimento do que é justo e necessário por imposição de um sistema de obrigações e deveres em virtude de dano causado a outrem.

A expressão *responsabilidade* tanto pode ser empregada no sentido ético como no sentido jurídico, visto que, em se tratando do exercício liberal de uma profissão, intrincam-se necessariamente os valores morais e legais, pois as razões de natureza jurídica não podem ser dissociadas dos motivos de ordem moral.

Antes, prevalecia o conceito da ampla liberdade de agir. Chegava-se ao exagero de considerar a medicina como “um mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, o qual só pode aproveitar essa condição”. Exagerava-se ainda quando se dizia ser o diploma do médico uma prova incontestante de competência e idoneidade, e que a medicina não era uma ciência com a exatidão da matemática, variando em seus métodos e circunstâncias.

É claro que, com o passar dos anos, os imperativos de ordem pública foram se impondo pouco a pouco, até que surgiram as normas disciplinadoras do exercício profissional, como conquista da organização da sociedade. Foi-se vendo que a simples razão de o médico ter um diploma não o exime de seu estado de falibilidade. Por outro lado, o fato de considerar o médico, algumas vezes, como infrator diante de um erro de conduta na profissão, não quer dizer que sua reputação está sem garantia. Somente que seus atos podem e devem ser submetidos a uma equânime apreciação, como são as ações de todos os outros cidadãos, qualquer que seja seu estado ou sua condição.

Espera-se também que na avaliação dessa responsabilidade haja transparência no curso da apreciação e dê-se ao acusado o direito de ampla defesa, e que não se venha macular o prestígio da medicina e dos médicos pelo fato de uma conduta indesculpável mais isolada. Aguarda-se, portanto, que na apuração da responsabilidade profissional do médico fiquem caracterizados a inobservância de regras técnicas e científicas ou a atipia de conduta, o nexo causal entre a conduta e o dano, a relação de antijuridicidade e o resultado danoso.

Discute-se muito se o médico responde por *erro de diagnóstico* ou por *erro de conduta*. A maioria tem se pronunciado admitindo que o erro de diagnóstico não é culpável, desde que não tenha sido provocado por manifesta negligência; que o médico não tenha examinado seu paciente ou omitido as regras e técnicas atuais e disponíveis, que não tenha levado em conta as análises e resultados durante a emissão do diagnóstico, valendo-se do chamado “olho clínico”, ou que tenha optado por uma hipótese remota ou absurda.

Mais discutida ainda é a possibilidade de o médico responder por erro de prognóstico. É claro que

não se pode exigir dele o conhecimento de tudo que venha acontecer em imponderáveis desdobramentos. O que se exige é prudência e reflexão.

Já os erros de conduta podem ocorrer – e são os mais comuns –, mas convém que eles sejam analisados criteriosamente, pois, nesse sentido, há muitas discordâncias sobre a validade de cada método e de cada conduta.

Enfim, para a caracterização da responsabilidade médica basta a voluntariedade de conduta e que ela seja contrária às regras vigentes e adotadas pela prudência e pelos cuidados habituais, que exista o nexo de causalidade e que o dano esteja bem evidente. As regras de conduta arguidas na avaliação da responsabilidade médica são relativas aos deveres de informação, de atualização, de vigilância e de abstenção de abuso.

### **10.5.1. Dever de informação**

São todos os esclarecimentos na relação médico-paciente que se consideram como incondicionais e obrigatórios, tais como:

a) *Informação ao paciente.* É fundamental que o paciente seja informado pelo médico sobre a necessidade de determinadas condutas ou intervenções e sobre seus riscos ou suas consequências. Mesmo que o paciente seja menor de idade ou incapaz e que seus pais ou responsáveis tenham tal conhecimento, ele tem o direito de ser informado e esclarecido, principalmente a respeito das precauções essenciais. O ato médico não implica um poder excepcional sobre a vida ou a saúde do paciente. O dever de informar é imperativo como requisito prévio para o consentimento.

Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e seu incontestável destino com a obtenção do consentimento do paciente ou dos seus responsáveis legais. Isso atende ao *princípio da autonomia ou da liberdade*, pelo qual todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor do seu próprio destino e de optar pelo rumo que quer dar à sua vida.

Além disso, exige-se que o consentimento seja esclarecido, entendendo-se como tal o obtido de um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar razoavelmente uma proposta ou uma conduta médica, isenta de coação, influência ou indução. Não pode ser colhido esse consentimento através de uma simples assinatura depois de leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho das salas de operação, mas por meio de uma linguagem acessível ao seu nível de conhecimento e compreensão (*princípio da informação adequada*).

Se o paciente não pode falar por si ou é incapaz de entender o ato que se vai executar, estará o facultativo obrigado a obter o consentimento de seus responsáveis legais (consentimento substituto). Mesmo assim, saber o que é representante legal, pois nem toda espécie de parentesco qualifica um indivíduo como tal. Saber também o que se pode e o que não se pode consentir.

Deve-se considerar ainda que a capacidade de o indivíduo consentir não reflete as mesmas proporções entre a ética e a lei. O entendimento sob o prisma ético não tem a mesma inflexibilidade da lei, pois certas decisões, embora de indivíduos considerados civilmente incapazes, devem ser respeitadas principalmente quando se avaliam situações mais delicadas. Assim, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, mesmo legalmente incapazes, não devem ser isentos de sua capacidade moral de decidir.

Sempre que houver mudanças significativas nos procedimentos terapêuticos, deve-se obter o *consentimento continuado*, pois a permissão dada anteriormente tinha tempo e atos definidos (*princípio*

*da temporalidade*). Admite-se também que, em qualquer momento da relação profissional, o paciente tem o direito de não mais consentir certa prática ou conduta, mesmo já consentida por escrito, revogando assim a permissão outorgada (*princípio da revogabilidade*). O consentimento não é um ato inexorável e permanente.

Por outro lado, há situações em que, apesar de existir uma permissão tácita ou expressa, não se justifica o ato permitido. A norma ética ou jurídica pode impor-se a essa vontade, e a autorização, ainda que escrita e consciente, não outorgaria certas práticas. Nesses casos, quem legitima o ato médico é sua indiscutível e imperiosa necessidade e não apenas a permissão (*princípio da não maleficência*).

O mesmo se diga quando o paciente nega autorização diante da incondicional e inadiável necessidade do ato salvador, diante de um iminente perigo de vida. Em tais circunstâncias estaria justificado o tratamento arbitrário, em que não se argui a antijuridicidade do constrangimento ilegal nem se pode exigir sempre um consentimento. Diz o bom senso que, tratando-se do inadiável e do indispensável, estando o próprio interesse do paciente em jogo, deve o médico realizar, por meios moderados, aquilo que aconselha sua consciência e o que seria mais adequado para a saúde do paciente (*princípio da beneficência*). Aqui não há o que confundir com *paternalismo médico*.

b) *Informações sobre as condições precárias de trabalho*. Ninguém desconhece que muitos dos maus resultados na prática médica são originados das péssimas e precárias condições de trabalho, mesmo que se tenha avançado tanto em termos propedêuticos. Nesse cenário perverso, que pode parecer desproposital e alarmista, é fácil entender o que pode acontecer em certos locais de trabalho médico onde se multiplicam os danos e as vítimas, e onde o mais fácil é culpar os médicos.

Por tais razões, não se pode excluir dos deveres do médico o de informar as condições precárias de trabalho, registrando-as em locais próprios e até omitindo-se de exercer alguns atos eletivos da prática profissional, tendo, no entanto, o cuidado de conduzir-se com prudência nas situações de urgência e emergência.

Deve o médico manifestar-se sempre sobre as condições dos seus instrumentos de trabalho para não ser rotulado de negligente pelo fato dos objetos, tendo em conta a teoria subjetiva da guarda da coisa inanimada, principalmente se o dano verificou-se em decorrência da má utilização ou de conhecidos defeitos apresentados pelos equipamentos.

c) *Informações registradas no prontuário*. Uma das primeiras fontes de consulta e informação sobre um procedimento médico contestado é o prontuário do paciente. Por isso, é muito importante que ali estejam registradas todas as informações pertinentes e oriundas da prática profissional. Infelizmente, por questão de hábito ou de alegada economia de tempo, os médicos têm se preocupado muito pouco com a documentação do paciente, com destaque para a elaboração mais cuidadosa do prontuário.

Entende-se por prontuário médico não apenas o registro da anamnese do paciente, mas todo o acervo documental ordenado e conciso, referente às anotações e cuidados médicos prestados e aos documentos anexos. Consta do exame clínico do paciente com suas fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, dos relatórios da enfermagem, da anestesia e da cirurgia, da ficha de registro dos resultados de exames complementares e, até mesmo, das cópias de atestados e das solicitações de práticas subsidiárias de diagnóstico.

Nunca admitir que o prontuário representa uma peça meramente burocrática para fins de contabilização estatística ou do interesse de cobrança dos procedimentos ou das despesas hospitalares. Pensar sempre em possíveis implicações de ordem técnica, ética ou legal que possam eventualmente ocorrer, quando o prontuário seria um elemento de valor probante fundamental nas contestações das aludidas irregularidades.

Por sua vez, deve-se enfatizar que não há nenhuma inconveniência de se substituir o modelo tradicional de prontuário por um método mais moderno de registro, como, por exemplo, o da informatização, desde que seja assegurada a confidencialidade de suas informações e que estas estejam sempre disponíveis ao paciente.

d) *Informações aos outros profissionais.* Em princípio, o médico não pode atuar sozinho. Muitas são as oportunidades em que a participação de outros profissionais de saúde é imprescindível. Para que essa interação transcorra de forma proveitosa para o paciente, é necessário não existir sonegação de informações consideradas pertinentes.

Essa exigência não representa apenas simples cortesia entre colegas, nem requisito de caráter burocrático. São práticas recomendadas em favor dos alienáveis interesses do paciente. Deixar de enviar informações sobre o tratamento e meios complementares de diagnóstico é uma forma de deslize grave nos deveres de conduta do médico.

Acreditamos não existir qualquer forma de limitação dessas informações a outro profissional, a não ser que as desautorizem o paciente ou seus familiares. Mesmo assim, chegará um momento que o médico avaliará essa restrição de informações. Alguns acham que, em muitas oportunidades, essas omissões podem trazer insanáveis prejuízos ao próprio paciente e que não há nada que um médico não possa saber a respeito da doença ou da saúde do seu paciente, por mais confiante que seja essa informação. Outros, simplesmente, admitem que a vontade dele deve ser respeitada sempre.

O censurável, no entanto, é a omissão de informações julgadas importantes em determinado quadro clínico e cuja não revelação possa trazer irreparáveis danos ao paciente, pois o alvo de toda atenção do médico é a saúde e o bem-estar do ser humano. Muitas vezes, essas informações são sonegadas por simples capricho do profissional, que não se conforma ter seu paciente transferido para outro colega.

Outro fato, nesta mesma linha de raciocínio, é a falta de informações aos substitutos do plantão sobre pacientes internados, principalmente os mais graves, seja de forma verbal ou através do registro circunstanciado em livros de ocorrências.

### **10.5.2. Dever de atualização**

O regular exercício profissional do médico não requer apenas uma habilitação legal. Implica também o aprimoramento continuado, adquirido através dos conhecimentos mais recentes de sua profissão, no que se refere às técnicas de exame e aos meios de tratamento, seja nas publicações especializadas, nos congressos, nos cursos de especialização ou nos estágios em centro hospitalares de referência. A capacidade profissional é sempre ajuizada toda vez que se discute uma responsabilidade médica.

No fundo mesmo, o que se quer saber é se naquele discutido ato profissional pode-se admitir a imperícia. Se o dano deveu-se à inobservância de normas técnicas ou despreparo profissional, em face da inadequação de conhecimentos científicos e práticos da profissão. Os erros de técnica são difíceis de serem apurados e, por isso, os magistrados devem se omitir dessa avaliação, valendo-se da experiência dos peritos, pois os métodos utilizados na prática médica são discutíveis e às vezes controversos. Por sua vez, *a culpa ordinária* não é difícil de comprovação, como, por exemplo, a do médico que se ausenta do plantão, vindo um paciente sofrer dano pela sua omissão. *A culpa profissional*, esta não, traz certo grau de dificuldade na sua apreciação, pois nem sempre há consenso na utilidade e na indicação de uma técnica ou de uma conduta.

O que se procura em tais avaliações é saber se o facultativo portou-se com falta de conhecimento e habilidades exigidos minimamente aos que exercem a profissão. Ou seja, se ele não se credenciou para o

que ordinariamente se sabe na profissão, ou se poderia ter evitado o dano, caso não lhe faltasse o que ordinariamente é conhecido em suas atividades.

É muito importante na avaliação do cumprimento do dever de atualização do médico saber se aquela prática é reconhecida e aceita pelas sociedades de especialidades médicas ou ensinada nas escolas de medicina. Ou seja, se a conduta está consagrada pela experiência médica, a qual nenhum profissional deve opor-se. Em medicina, em face da sua complexidade, esse conjunto de regras técnicas chamado de *lex artis* deve ser aplicado a cada ato médico isoladamente, sem deixar de serem considerados os recursos materiais, o local de trabalho, as características profissionais do médico, o estado geral do paciente, a dificuldade e a importância do ato praticado.

Em suma, é muito importante que o médico se mantenha atualizado com os avanços da sua profissão. Cada dia que passa maiores são as oportunidades em que ele é chamado para prestar contas dos seus conhecimentos. Há também de existir uma forma, democrática e incentivadora, que permita a continuidade do aprendizado e que não seja apenas durante as propagandas de remédios distribuídas nos consultórios. O ensino médico continuado não deve ser apenas um direito, mas também uma obrigação.

### **10.5.3. Dever de vigilância e de cuidados**

O ato médico, quando avaliado na sua integridade e licitude, deve estar isento de qualquer tipo de omissão que venha a ser caracterizada por inércia, passividade ou descaso. Essa omissão tanto pode ser por abandono do paciente como por restrição do tratamento ou retardo no encaminhamento necessário.

É omissor do dever de vigilância o médico que não observa os reclamos de cada circunstância, concorrendo para a não realização do tratamento necessário, a troca de medicamento por letra indecifrável e o esquecimento de certos objetos em cirurgias. É omissor do dever de vigilância o profissional que permanece em salas de repouso limitando-se a prescrever sem ver o paciente, medicar por telefone sem depois confirmar o diagnóstico ou deixar de solicitar os exames necessários.

A forma mais comum de negligência é a do abandono do paciente. Uma vez estabelecida a relação contratual médico-paciente, a obrigação de continuidade do tratamento é absoluta, a não ser em situações especiais, como no acordo mútuo ou por motivo de força maior. O conceito de abandono deve ficar bem claro, como no caso em que o médico é certificado de que o paciente ainda necessita de assistência, e mesmo assim deixa de atendê-lo.

Pode o médico faltar com o dever de vigilância pela omissão de outro médico? Alguém já chamou isso de negligência vicariante. Isto é, quando certas tarefas exclusivas de um profissional são repassadas a outro, e o resultado não é satisfatório. Exemplo: um médico confiando no colega deixa o plantão na certeza de pontualidade deste, o que não vem se verificar. E, em consequência, um paciente vem sofrer danos pela ausência do profissional naquele local de trabalho. Pergunta-se: qual dos dois faltou com o dever de vigilância e de cuidados? O Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil considera que ambos são infratores. O mesmo não se diga quando um médico é substituído por um colega, mesmo a seu pedido, e este age negligentemente. Seria injusto que o primeiro médico respondesse pelo descaso do outro, quando este poderia atender o paciente de maneira cuidadosa. O médico indicado para substituir outro não pode ser considerado como preposto dele. A condição de profissional liberal habilitado legal e profissionalmente afasta a possibilidade de preposição, cabendo-lhe responder pelos seus próprios atos. É patente que tal substituição deva ser realizada por outro profissional que tenha a devida qualificação, baseada no “princípio da confiança”, no qual alguém acredita que o outro venha atuar de forma correta, sempre que as circunstâncias permitam. Isso se

verifica também quando se analisa a responsabilidade do membro de uma equipe, desde que ele esteja qualificado para exercer aquele tipo de tarefa. Não se deve responsabilizar um chefe de equipe se um dos seus membros faltou com o dever de vigilância para aquilo que é de sua competência.

Compreende-se também como falta do cumprimento do dever de vigilância a displicência que favorece resultados inidôneos de exames complementares, capazes de comprometer o diagnóstico e a terapêutica dos doentes, em laboratórios de anatomia patológica, patologia clínica, radioisótopos, citologia, imunologia, hematologia e serviços de radiodiagnóstico. Os responsáveis pelos resultados dos exames subsidiários executados por centros complementares de diagnóstico são seus diretores, cuja presença é imperiosa na elaboração dos laudos, mesmo que tecnicamente o exame possa ser feito sob sua supervisão. O radiologista que avalia erradamente uma fratura, o patologista que se equivoca no diagnóstico de um tumor e o hematologista que troca o resultado de um exame, vindo tais atitudes causarem dano, faltaram seus autores com o dever de cuidado, dentro dos padrões exigidos na prática profissional.

Assim, qualquer resultado incorreto por erros ou falhas humanas, tanto na elaboração técnica do exame como no controle, na coleta do material ou na atividade burocrática, permissíveis de comprometer o diagnóstico ou a terapêutica, é uma falta ao dever de cuidar, implícito na relação contratual do médico com o paciente e, por isso, motivo para as ações de arguição de responsabilidade. E o mais grave: nesta relação contratual, o responsável pelo centro de complementação de diagnóstico tem com o cliente uma obrigação de resultado e não de meios.

No mesmo raciocínio, entende-se a negligência em transfusão de sangue, desde as contaminações até as incompatibilidades, não esquecendo que o receptor não é o único sujeito aos riscos das transfusões e do uso de hemoderivados, mas também o próprio doador em decorrência da inaptidão para doar ou da contaminação do material de coleta.

#### **10.5.4. Dever de abstenção de abuso**

Quando da avaliação do dano produzido por um ato médico, deve ficar claro, entre outros, se o profissional agiu com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, inoportunismo ou insensatez. Isso porque a norma penal relativa aos atos culposos exige das pessoas o cumprimento de certas regras cuja finalidade é evitar danos aos bens jurídicos protegidos.

Exceder-se na terapêutica ou nos meios propedêuticos mais arriscados é uma forma de *desvio de poder* e, se o dano deveu-se a isso, não há por que negar a responsabilidade profissional. Ainda que esses meios não sejam invasivos ou de grande porte, basta ficar patente sua desnecessidade. Basta que o autor assuma o risco excessivo, ultrapasse uma conduta não permitida e que no momento da ação ele conheça nela um risco para o bem tutelado. Essa capacidade de previsibilidade de dano em um indivíduo de boa qualificação profissional é o que se chama de *dever subjetivo* de cuidado e tem um grau mais elevado de responsabilidade. No *dever subjetivo* de cuidado avalia-se em cada caso o que deveria ser concretamente seguido, exigindo-se do autor um mínimo de capacidade para o exercício daquele ato e a certeza de que outro profissional em seu lugar teria condição de prever o mesmo dano. Se seguiu as regras técnicas naquele procedimento, conhecidas como *lex artis*, ou seja, se não se desviou dos cuidados e das técnicas normalmente exigidos.

Qualquer ato profissional mais ousado ou inovador, fora do consentimento esclarecido do paciente ou de seu representante legal, tem de ser justificado e legitimado pela imperiosa necessidade de intervir. Nisso é fundamental o respeito à vontade do paciente, consagrada pelo princípio da autonomia. E quando

isso não for possível, em face do desespero da morte iminente, que se faça com *sprit de finesse*.

Falta com o dever de abstenção de abuso o médico que opera pelo relógio, que dispensa a devida participação do anestesista ou que delega certas práticas médicas a pessoal técnico ou a estudantes de medicina, sem sua supervisão e instrução. Nesse último caso, mesmo sendo comprovada a imprudência ou negligência deles, não se excluiu a responsabilidade do médico por *culpa in vigilando*.

Constitui abuso ou desvio de poder o médico fazer experiência no homem, sem necessidade terapêutica, pondo em risco sua vida e sua saúde. Isso não quer dizer que se excluam da necessidade do homem do futuro as vantagens do progresso da ciência e a efetiva participação do pesquisador. É preciso que ele não contribua com o ultraje à dignidade humana e entenda que pretensão da pesquisa é avançar em favor dos interesses da sociedade. Também não se pode julgar como insensato ou intempestivo o risco assumido em favor do paciente, superior ao habitual, o qual se poderia chamar de *risco permitido* ou *risco-proveito*.

Uma cirurgia plástica de resultado desastroso feita em menor de idade, sem autorização de seus responsáveis, no próprio consultório do médico e sem auxiliar habilitado, é um exemplo patente de imprudência médica. Está caracterizado o desvio de poder por várias razões. Primeiro, sendo o paciente menor e não se tratando de intervenção por iminente perigo de vida, necessitava o médico de autorização de quem represente o paciente. Depois, sendo uma intervenção de maior complexidade, exige-se a presença de um auxiliar médico capaz de conduzir o processo diante de uma situação inesperada. Finalmente, o consultório médico não é o local mais adequado para aquele tipo de cirurgia, principalmente quando ali não existiam as condições mínimas da prática exercida.

O dever de evitar abuso é muitas vezes comprometido pela vaidade do profissional que decide ousar em técnicas audaciosas ou recém-criadas, sem a eficiência comprovada, abandonando uma prática convencional e segura, apenas para demonstrar uma capacidade inusitada. Diante do dano em tal situação não se pode rotular o profissional de imperito, mas, com justa razão, de imprudente. Até porque num mesmo ato não pode coexistir a imperícia com imprudência: uma exclui a outra.

## 10.6. ELEMENTOS DA RESPONSABILIDADE

Na efetivação da responsabilidade médica, são requisitos indispensáveis:

1. *O autor*. É necessário que o profissional esteja habilitado legalmente no exercício da medicina; se não, além da responsabilidade, será punido por exercício ilegal da medicina, curandeirismo ou charlatanismo.

2. *O ato*. Deverá ser o resultado danoso de um ato lícito; pois, do contrário, tratar-se-á de uma infração delituosa mais grave, como, por exemplo, o aborto criminoso ou a eutanásia.

3. *A culpa*. Consiste na ausência do dolo, ou seja, que o autor tenha produzido o dano sem a intenção de prejudicar: por negligência, imprudência ou imperícia.

Os elementos essenciais da culpa são: previsibilidade de dano, ato voluntário inicial, ausência de previsão e voluntária omissão ou negligência.

4. *O dano*. Sem a existência de um dano real, efetivo e concreto, não existe responsabilidade. Esse elemento objetivo, relativamente fácil de se estabelecer, é condição indispensável.

A determinação concreta do dano, além de indispensável em relação à responsabilidade, pode estabelecer o grau da pena ou da indenização.

5. *O nexa causal*. É a relação entre a causa e o efeito, um elo entre o ato e o dano. Quando o ato é praticado lícitamente, com moderação e a atenção devida, o resultado danoso pode ser considerado

acidente.

Desses cinco elementos, os dois últimos são essencialmente da incumbência pericial.

## 10.7. ASPECTOS JURÍDICOS

Encontra-se na culpa o fundamento jurídico da responsabilidade médica. É necessário que o agente tenha dado causa sem ter querido o resultado, nem assumido o risco de produzi-lo, ou seja, que o tenha feito simplesmente por negligência, imprudência ou imperícia. Procede culposamente quem age sem o necessário cuidado e julga que o resultado não se dará. O limite da culpa é a previsibilidade do dano, isto é, que não seja possível escapar o fato à perspicácia comum.

Apresenta-se o crime com duas características:

1. uma conduta voluntária em oposição ao dever;
2. um resultado não desejado, mas que a lei define como crime, mesmo que o agente não possa prever. Essa é a culpa inconsciente.

A culpa consciente é aquela em que o sujeito ativo é sabedor do resultado previsto, mas não espera que ele aconteça. É um meio-termo entre a culpa e o dolo, ou melhor, quase um dolo eventual, em que o agente não quer o resultado mas assume o risco de produzi-lo.

Nossa lei não faz diferença entre as formas consciente e inconsciente, pois a primeira tem um sentido eminentemente psicológico. Não há também, em nosso texto penal, graus estabelecidos de culpa.

Assim, o conceito de culpabilidade está todo fundamentado, única e exclusivamente, na previsibilidade do resultado, pois fora disso não há crime. O que mais importa no delito culposos é justamente o momento consciente inicial.

Nosso Código não definiu a culpa, preferindo apenas enumerar suas modalidades, que são: imprudência, negligência e imperícia.

Quanto à responsabilidade civil do médico, um Comitê para os Problemas Médico-Legais da Associação Médica Americana assim se pronunciou: “Quando um médico pretende diagnosticar ou tratar um paciente, a lei requer que ele possua a habilidade e o tirocínio comumente possuídos e demonstrados por outros médicos reputáveis na mesma ou semelhante localidade. Se ele se intitula especialista, deve possuir os padrões técnicos de sua especialidade. Uma vez que tome um paciente sob seus cuidados profissionais, deve continuar prestando-lhe assistência tanto tempo quanto necessário, a menos que seja pelo mesmo dispensado, ou se afaste do caso após aviso prévio. É somente com a devida autorização, expressa ou tácita, que deve tentar qualquer diagnóstico ou processo terapêutico no paciente. A responsabilidade caracteriza-se por ato ou omissão, isto é, pela violação das obrigações legais que o médico deve ao paciente.

A existência ou alcance de tais obrigações legais não depende de terem sido pagos, ou não, os serviços profissionais do médico.

Complicações ou resultados refratários e inesperados não são raros. O mero fato de o paciente não ser curado, ou não evoluir favoravelmente, não significa, entretanto, por si só, negligência por parte do médico. Há frequentemente uma grande margem para diferenças honestas de opinião, e o médico assistente deve exercer seu melhor julgamento, o qual possa adotar. A lei presume, entretanto, que um médico atua com a perícia e o cuidado ordinários requeridos no tratamento de um paciente. Então estará ele justificado, se sua conduta, no caso, for endossada e seguida pelo menos por uma respeitável minoria de seus colegas na mesma localidade. Pode ele cometer um erro de diagnóstico ou de julgamento; pode usar remédios ou métodos de tratamento diferentes daqueles que alguns de seus colegas médicos teriam

usado; pode obter um mau resultado em vez de um satisfatório, sem que nenhum desses fatos seja suficiente para estabelecer a responsabilidade”.

Portanto, numa sociedade onde os indivíduos são possuidores de direitos iguais, qualquer violação aos bens pessoais ou patrimoniais, em consequência de um dano, obrigará o agente causador a reparar esse prejuízo.

## **10.8. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**

A fonte da conduta culposa na esfera penal é sempre a lei. Todavia, na responsabilidade civil a culpa médica pode originar-se da transgressão de um dever de conduta, imposto a todos os que vivem na sociedade, que é o de não violar as obrigações de atender de forma adequada o que está ajustado no contrato com o paciente, ou seja, na chamada *obrigação de tratamento*. Para tanto, não é imperiosa a existência de documento escrito. Assim, quando o médico aceita tratar de um paciente, está concretizada entre eles a existência de um contrato de prestação de serviços, que consiste em oferecer um bom tratamento.

Mesmo não existindo uma obrigação de curar sempre, há pelo contrato uma obrigação de usar todos os seus esforços, conhecimentos, meios e condutas. Por tal razão se diz que a obrigação fundamental nesse tipo de contrato é uma *obrigação de meios*, e não *de resultado*. Para que exista uma *obrigação de resultado* é preciso que o prestador de serviços tenha se obrigado a oferecer um determinado resultado.

Em tese, no exercício da profissão médica, por sua própria natureza, não há como prometer certo resultado, embora ele seja o mais desejado pelo médico e pelo paciente. O médico sabe que não pode prometer curar sempre pela complexidade da evolução das doenças e pela existência de elementos atípicos que surgem durante um tratamento, tornando difícil sua concreta realização.

A distinção nessa forma de obrigação tem importância quando se quer estabelecer o ônus da prova do dano: em obrigações de resultado presume-se a culpa sempre que o resultado não é alcançado. Nas obrigações de meio, não há presunção de culpa, e o paciente é quem deve provar a culpa do médico. Há jurisprudências que preconizam a possibilidade da inversão do ônus da prova em situações permitidas pelo Código de Defesa do Consumidor quando se quer atribuir a responsabilidade dos profissionais liberais. Segundo tal atendimento, cabe ao profissional demonstrar que agiu com o cuidado devido no cumprimento de suas obrigações diante do consumidor reclamante (STJ, REsp n.º 122.505/SP, DJ 24.08.1998). Há quem defenda que os médicos respondem pelos riscos inerentes à sua profissão, tais como riscos por erro de diagnóstico, erro terapêutico e erros de procedimentos decorrentes de fatores exógenos ou de conduta pessoal.

## **10.9. RESULTADO ADVERSO**

A primeira coisa a ser ressaltada é que nem todo resultado adverso na assistência à saúde individual ou coletiva é sinônimo de erro médico. A partir dessa premissa, deve-se começar a desfazer o preconceito que existe em torno dos resultados atípicos e indesejados na relação profissional entre médico e paciente. Os órgãos formadores de opinião poderiam contribuir muito em fazer avançar a sociedade denunciando as péssimas condições assistenciais e a desorganização dos serviços de saúde em nosso país.

Exige-se muito dos médicos, mesmo sabendo que sua ciência é inexata e que sua obrigação é de meios e não de resultados. Ainda que a vida seja um bem imensurável, a supervalorização desta ciência

não encontrou uma fórmula mágica e infalível.

Por isso não se pode concordar com a alegação de que todo resultado infeliz e indesejável seja um erro médico. Nesse sentido, assinala Luiz Roberto Londres: “Sabemos que os maus resultados conhecidos não apresentam senão uma pequena parcela do que realmente ocorre (...). Não é, portanto, o erro médico o principal problema da medicina” (Erro médico/Responsabilidade médica, *Arq. bras. Med.*, n. 62 (5), p. 523-524, 1988).

Com isso não se quer negar que o erro médico exista. Ele existe e existe até mais do que se alega. São decorrentes de uma forma anômala e inadequada de conduta profissional, contrária à *lex artis* e capaz de produzir danos à vida ou à saúde do paciente por imprudência ou negligência. O que se quer afirmar é que além do erro profissional existem outras causas que favorecem o mau resultado, como as péssimas condições de trabalho e a penúria dos meios indispensáveis no tratamento das pessoas.

Não deixa também de ser mau resultado o fato de os pacientes não terem leitos nos hospitais, não serem atendidos nos ambulatórios por falta de profissionais ou não poderem comprar os remédios recomendados para sua assistência. Afinal de contas, os pacientes não estão morrendo nas mãos dos médicos, mas nas filas dos hospitais, a caminho dos ambulatórios, nos ambientes insalubres de trabalho e na iniquidade da vida que levam.

## 10.10. ERRO MÉDICO

Em primeiro lugar, é necessário distinguir o erro médico do *acidente imprevisível* e do *resultado incontrolável*.

O erro médico, quase sempre por culpa, é uma forma de conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde do paciente. É o dano sofrido pelo paciente que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência do médico, no exercício de suas atividades profissionais. Levam-se em conta as condições do atendimento, a necessidade da ação e os meios empregados.

No acidente imprevisível há um resultado lesivo, supostamente oriundo de caso fortuito ou força maior, à integridade física ou psíquica do paciente durante o ato médico ou em face dele, porém incapaz de ser previsto e evitado, não só pelo autor, mas por outro qualquer em seu lugar.

O resultado incontrolável seria aquele decorrente de uma situação grave e de curso inexorável. Ou seja, aquele resultado danoso proveniente de sua própria evolução, para o qual as condições atuais da ciência e a capacidade profissional ainda não oferecem solução. Por isso, o médico tem com o paciente uma “obrigação de meios” e não uma “obrigação de resultados”. Ele assume um compromisso de prestar meios adequados, de agir com diligência e de usar seus conhecimentos na busca de um êxito favorável, o qual nem sempre é certo.

O erro médico, no campo da responsabilidade, pode ser de ordem *pessoal* ou de ordem *estrutural*. É estritamente pessoal quando o ato lesivo se deu, na ação ou na omissão, por despreparo técnico e intelectual, por grosseiro descaso ou por motivos ocasionais referentes às suas condições físicas ou emocionais. Pode também o erro médico ser procedente de falhas estruturais, quando os meios e as condições de trabalho são insuficientes ou ineficazes para uma resposta satisfatória.

Ninguém desconhece, por exemplo, o despreparo técnico e intelectual do médico que se está formando. Nem mesmo sabemos ainda o tipo de profissional que estamos necessitando para a nossa realidade. Seu aparelho formador, salvo algumas exceções, está transformado em fábricas de diplomas, carentes de recursos materiais, desfalcado de uma estrutura curricular mais séria e contando com

professores, na sua maioria, despreparados e sem motivação.

Entre 1808 e 1960 foram criadas no Brasil 27 Faculdades de Medicina. De 1960 a 1970 houve uma proliferação inconsequente de Cursos Médicos, quando passaram de 27 para 75. Só no malsinado ano de 1968 foram abertas 13 escolas. Mesmo que a antiga Comissão de Ensino do MEC, após circunstanciado relatório, desaconselhasse a abertura de novas Faculdades, nos primeiros meses de 1976 era autorizada a criação de três novas escolas. Hoje deve passar de 150.

Se o aumento de vagas representasse efetivamente uma oportunidade de distribuir melhor os médicos em nosso território e, com isso, melhorar o padrão assistencial entre nós, tudo bem. No entanto, na prática, isso não se verificou, porque elas foram criadas por pressão de políticos locais e por interesses inconfessáveis de quem as autorizou.

Ninguém também desconhece que muitos desses maus resultados são originados das péssimas e precárias condições de trabalho, numa atenção à saúde cada vez mais decadente e mais anárquica como proposta, mesmo que tenhamos um número regular de médicos em relação à nossa população. Além de registrarem-se os mais baixos índices de saúde, o profissional sente, em seu dia a dia, dificuldades em exercer suas atividades, em face dos indigentes meios de trabalho. Os serviços públicos, com honrosas exceções, estão sucateados por uma política dirigida pela própria estratégia de poder, como forma deliberada de desmoralizá-los e entregá-los à iniciativa privada, a exemplo do que vem se fazendo apressadamente como política de privatização.

Nesse cenário perverso, que pode parecer despropositado ou alarmista, é fácil entender o que vem acontecendo nos locais de trabalho médico, onde se multiplicam os danos e as vítimas, e onde o mais fácil é culpar os médicos, que ética e legalmente seriam os primeiros responsáveis. Eles não são melhores nem piores que os outros profissionais, mas são os que aparecem no momento da morte e do desespero, pela natureza do seu próprio ofício.

Por trás disso, o Poder Público continua credenciando sem critérios técnicos, não fiscalizando as empresas conveniadas, escolhendo profissionais por indicação partidária, inflacionando o mercado com cerca de 12 mil médicos por ano sem o devido preparo e sem uma absorção de mão de obra, pagando salários irrisórios mesmo sabendo que é impossível alguém honestamente sobreviver desta forma.

O erro médico pode ser arguido sob duas formas de responsabilidade: a legal e a moral. A responsabilidade legal é atribuída pelos tribunais, podendo comportar, entre outras, as ações penais e civis. A responsabilidade moral é da competência dos Conselhos de Medicina, através de processos ético-disciplinares, segundo estipulam o artigo 21 e seu parágrafo único da Lei n.º 3.263, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958.

## **10.11. RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO**

O médico, como qualquer cidadão, responde penalmente quando produz um dano ao seu paciente, a não ser que prove a inexistência de sua culpabilidade.

Na doutrina penal tem prevalecido a teoria subjetivista da culpa, onde o agente não quer o resultado nem assume o risco de produzi-lo, existindo, apenas, uma previsibilidade de dano. Como essa previsão é eminentemente subjetiva, torna-se difícil atribuir ao médico uma responsabilidade criminal. Entre nós, a Justiça sempre tem se mostrado muito prudente ante uma suposta culpa, a não ser frente a uma situação indiscutível onde se possa impor o princípio da *res ipsa loquitur*, ou seja, onde a coisa fala por si mesma.

O crime é culposo quando o agente deixa de empregar a cautela, a atenção ou a diligência ordinária,

ou especial, a que estava obrigado, e em face das circunstâncias não percebe o resultado que podia prever ou, prevenendo-o, supõe levemente que não se realizaria ou que poderia evitá-lo.

Nosso estatuto penal assim se refere: o crime é culposo, quando o agente deu causa ao resultado por *imprudência, negligência* ou *imperícia*.

### **10.11.1. Imprudência médica**

Imprudente é o médico que age sem a cautela necessária. É aquele cujo ato ou conduta são caracterizados pela intempestividade, precipitação, insensatez ou inconsideração. A imprudência tem sempre caráter comissivo.

O cirurgião que, podendo realizar uma operação por um método conhecido, abandona essa técnica e, como consequência, acarreta para o paciente um resultado danoso comete imprudência, e não imperícia.

A imprudência anda sempre com a negligência como faces de uma mesma moeda: uma repousando sobre a outra.

### **10.11.2. Negligência médica**

A negligência caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo.

Pode-se configurar a negligência nas seguintes eventualidades:

1. *Abandono do doente*. Esse é o tipo mais clássico de negligência médica. Uma vez estabelecida a relação médico-paciente, a obrigação da continuidade de tratamento é absoluta, a não ser em casos especiais, como no acordo mútuo entre as partes ou por força maior. O conceito de abandono deve ficar bem claro, como no exemplo em que o médico é certificado de que o paciente ainda necessita de tratamento, e, mesmo assim, deixa de atendê-lo.

2. *Omissão de tratamento*. O médico que omite um tratamento ou retarda o encaminhamento de seu doente a outro colega para os cuidados necessários comete uma negligência. Por exemplo: um clínico ao tratar de um enfermo portador de apendicite não o transfere de imediato para um cirurgião, preferindo fazer o tratamento conservador, ou o faz já tarde, quando as complicações estão presentes. É um caso típico de negligência por omissão de tratamento.

3. *Negligência de um médico pela omissão de outro*. Pode o médico ser responsável por atos culposos de outros médicos? Alguém já chamou a isso de negligência vicariante. Isto é, quando certas tarefas de exclusiva responsabilidade de um são entregues a outros, e o resultado não é satisfeito. Exemplo: um médico, confiando no colega, deixa o plantão na certeza da pontualidade deste, o que não vem a se verificar. Em consequência, um paciente vem a sofrer graves danos pela ausência de um profissional naquele local de trabalho. Pergunta-se: qual dos dois é o negligente? Pensamos ser simplesmente o que abandonou o hospital. Ao segundo poderiam caber, depois de analisada a situação, apenas sanções disciplinares, em virtude de infração administrativa. No entanto, o Código de Ética Médica atual considera que ambos são infratores.

Por outro lado, mesmo que a profissão médica seja exercida com independência, há casos em que se pode atribuir a possibilidade de uma relação de comissão. Aqui, nesta hipótese, não se discute o aspecto da coautoria, que é outra coisa.

Se por doença, gozo de férias ou certos impedimentos o médico é substituído por outro colega, um

ato praticado por este não se transfere ao primeiro. No entanto, se um paciente é atendido pelo médico substituto e existia uma obrigação assumida pelo substituído, e este último é beneficiado diretamente pelo trabalho de novo profissional, impõe-se a responsabilidade civil pelos atos do substituto, de que ele utilizou-se no cumprimento da prestação prometida. E tanto é certo que, cessado o impedimento, o paciente retomará os seus cuidados, caso necessite ainda de assistência.

Se um anestesista é escolhido pelo cirurgião por delegação da família ou do paciente, nenhuma responsabilidade recairá sobre o cirurgião diante de dano surgido em decorrência da anestesia. Se, porventura, o cirurgião impõe o anestesista ao doente, quando este tinha um de sua confiança, não dando assim ao paciente nenhuma condição de escolha, fica claro que entre esse doente e o anestesista não há nenhum vínculo de natureza contratual. E, se do ato anestésico surgir um dano ao paciente, quem é o responsável? O cirurgião ou o anestesista? Se o paciente não contratou diretamente com o anestesista, parece-nos que toda a responsabilidade é do cirurgião, por *culpa in eligendo*. Isto sob o ângulo civil. Na esfera penal e administrativa, cada um responde por sua própria culpa.

4. *Prática ilegal por pessoal técnico*. Em princípio, o médico não pode atuar sozinho. Em certas circunstâncias, a colaboração do pessoal auxiliar é imprescindível. Se o auxiliar subalterno exerce um ato sob ordens ou instruções, mas no qual a presença do médico é indispensável, aplica-se aqui também o princípio da negligência do superior responsável. Quando este auxiliar efetua uma tarefa em que a assistência do médico é indispensável, e disso vem a resultar dano à vida ou à saúde do paciente, responde penal ou civilmente este auxiliar ou o próprio hospital por indenização.

Exemplifiquemos: se um médico autoriza uma enfermeira a praticar uma paracentese, e disso resultam complicações ou danos ao doente, não há por que deixar de configurar, nesse caso, uma verdadeira negligência de quem autorizou. No entanto, se aquela auxiliar executa um ato próprio de sua capacidade, e natural no exercício de suas funções, é claro que ao médico não cabe atribuir-se nenhuma responsabilidade.

5. *A letra do médico*. Um fato, não muito raro, é o das receitas indecifráveis. Diz-se, em geral, que os médicos têm letra ruim, ilegível. Esse fato pode dar, na verdade, margem à troca de medicamentos, com risco de o paciente tomar um remédio diferente daquele prescrito. E, se dessa situação resultar um prejuízo ao paciente, quem é o responsável: o médico ou o farmacêutico?

Entendemos que a responsabilidade é de ambos. Do farmacêutico, por imprudência, pois não devia fornecer um medicamento quando não tem certeza do que se trata. Do médico, por negligência e imprudência, pela previsibilidade de seu ato poder acarretar dano ao seu paciente.

É comum afirmar que os médicos têm letra indecifrável, por pressa ou sofisticação. Todavia, isso não é verdade, pois muitos de nossos colegas escrevem de forma perfeitamente legível.

Para contornar esse problema, já se preconizou escrever as receitas à máquina de escrever ou através de computador, desde que expresse as necessidades do paciente. Muitos acham, no entanto, que a prescrição datilografada perde muito de sua beleza e de seu espírito. Melhor seria prescrever mais devagar, procurando-se melhorar a grafia.

6. *Negligência de hospitais*. Era conceito antigo que o hospital não poderia ser considerado negligente, uma vez que não é ele quem cuida do paciente.

A Corte Suprema do Colorado, entretanto, condenou um hospital por negligência, em virtude de uma enfermeira ter lesado o nervo ciático de um paciente, de forma irreversível, por lhe ter administrado uma injeção. Nem foi censurado o médico nem a enfermeira, pois aquela Corte decidiu que o hospital, nas tarefas executadas pelas enfermeiras, é responsável pelos eventos técnicos, principalmente quando essas tarefas não são supervisionadas. O hospital teria direito de puni-la, mas a responsabilidade civil era toda

sua.

Quanto ao médico, não cabia nenhuma imputação, pois não é ele quem deve escolher uma enfermeira, nem supervisionar seu trabalho, o que é atribuição exclusiva da administração hospitalar.

Desse modo, em face de algum dano, pode-se acionar, por negligência, o hospital nas seguintes eventualidades: rejeitar internação de um paciente sem uma devida justificação; alta prematura; lesões sofridas durante o internamento, como traumatismos por queda de cama, queimaduras por instrumentos ou artefatos, ou por erros na administração de um medicamento; infecção hospitalar.

Há até quem considere o hospital responsável pelos atos médicos, principalmente nas demandas civis. Já outros acham que ele apenas responde administrativamente, não lhe cabendo a responsabilidade por aqueles atos, uma vez que a instituição não cura ninguém: tão somente oferece meios e recursos para que o profissional o faça.

Já se cogitou, por meio da Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados, uma punição considerando infração sanitária o preenchimento de receitas e prontuários médicos de forma ilegível ou que possa induzir a erro. A proposta modifica a Lei n.º 6.437/1977, que trata das infrações e penalidades na área sanitária. O relator do projeto admitia que “a letra ilegível pode causar risco à saúde, quando, ao não conseguir entender o que o médico pede, o farmacêutico vende medicamentos que não eram os prescritos”.

Além disso, argumentava que os prontuários mal preenchidos realmente impossibilitam investigações nos casos de erros e de omissões cometidos por profissionais de saúde e dificultam a sequência no tratamento por outro médico.

Afirmava, ainda, que o Código de Defesa do Consumidor já regulamenta a obrigatoriedade de proteção do consumidor sobre eventuais riscos que produtos ou serviços possam oferecer e sobre a obrigatoriedade de serem prestadas informações adequadas e claras sobre produtos e serviços a ele destinados.

Na proposta, deveriam ser legíveis a prescrição de medicamentos ou de terapias, o preenchimento de prontuários hospitalares ou ambulatoriais, além de outros documentos destinados a dar informações sobre pacientes. O estabelecimento que não cumprisse a norma estaria sujeito às seguintes penas: advertência, interdição total ou parcial, cancelamento da licença para funcionamento e multa. O projeto ainda será analisado pelas comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

*7. Esquecimento de corpo estranho em cirurgia.* O simples fato de haver esquecimento de um corpo estranho num ato operatório por si só não constitui, moral ou penalmente, um fato imputável, a menos que essas situações se repitam em relação a um determinado profissional, o que, por certo, viria configurar-se numa negligência médica.

Os mais hábeis e experimentados cirurgiões não se furtam de reconhecer a probabilidade desses acidentes e a estatística demonstra que todos aqueles que se dedicam a essa espinhosa e tumultuada atividade, e mais constantemente os profissionais de longa vivência, incorrem em tais acidentes, embora esporadicamente. Não é exagero afirmar-se que dificilmente um bom cirurgião escapou desse dissabor.

Tal fato é imprevisível e, até certo ponto, impossível de ser evitado, ainda que se empreguem os mais modernos meios e as maiores atenções. Ainda mais quando se reconhece que esses cuidados não dependem apenas do cirurgião e de sua habilidade, mas, também, dos que participam direta ou indiretamente do ato operatório, e inclusive do tipo de material utilizado nessa forma de trabalho.

Esses eventos, quando surgem, são exatamente nas operações de grande risco e de urgência comprovada, muitas delas entremeadas de acidentes graves ou vultosas hemorragias, ou ainda pelo

pânico naturalmente provocado na equipe ante o angustiante estado de iminência de morte. Pelo exposto, não é nenhum absurdo esquecer certos corpos estranhos, como, por exemplo, compressas, as quais ficam mascaradas e escondidas no recôndito das cavidades. As incisões pequenas também contribuem para esses desfechos.

Outro fato conhecido pelos que militam nesse delicado setor é de que alguns corpos estranhos são totalmente inócuos ao organismo e podem permanecer por muito tempo enquistados ou, simplesmente, ser expelidos pela parede ou pelas vias naturais. Não é surpresa também frisar que esses elementos estranhos podem ser encontrados em necropsias de indivíduos operados há muito tempo, sem que esse esquecimento tenha contribuído para o resultado letal.

Outras vezes, o material deixado numa operação é encontrado num ato cirúrgico posterior, por patologia semelhante ou diversa; ou por comprovação radiológica cuja repercussão é causada de forma mais escandalosa por aqueles que o encontram. Infelizmente, para isso nem sempre tem havido coleguismo, existindo até quem encaminhe ao seu companheiro de profissão o corpo estranho encontrado, num gesto execrável de ferir-lhe a vaidade.

Apesar de ser um acidente pouco ocorrido entre os cirurgiões, as estatísticas mostram que o esquecimento de um desses corpos estranhos numa cavidade abdominal, por exemplo, tem implicação letal muito menor que outros acidentes que se verificam em cirurgia e anestesia, tais como supuração, embolia, descerebração, hemorragias, lesões de elementos nobres, muitos dos quais irreversíveis e mortais.

É inegável que, atualmente, esses acidentes estão escasseando, não apenas devido à sistematização da técnica operatória, como também pela maior tranquilidade do ato cirúrgico ou pelo sentido de equipe que se vem formando no momento. O aumento do tamanho das compressas, a aversão ao uso das gazes, a melhor iluminação e a maior capacitação dos auxiliares, a maior segurança em que se opera atualmente nos grandes centros são elementos saneadores desses acontecimentos. As longas fitas ou fitas com sinetes presos às compressas, o pessoal de enfermagem especializado na contagem do material utilizado são outros fatores de grande valor na profilaxia desses acidentes.

Se levarmos em consideração a precariedade do meio em que muitas operações são realizadas, em pequenos hospitais ou maternidades, onde os médicos operam e dão anestesia com a ajuda de um atendente ou serviçal, diante dos casos mais desesperadores e angustiantes, incorrer-se-ia num exagero se qualificasse, de modo isolado, o esquecimento de um corpo estranho como negligência médica. Seria injusto imputar-se desatenção ou desinteresse, mas, simplesmente, aceitar-se como um ato involuntário que normalmente pode fugir da vigilância e do controle, empanando o desvelo do profissional. Uma conspiração circunstancial e momentânea, própria e inexoravelmente ligada à falibilidade e à imperfeição de todo ato humano. Tudo que possa desviar a atenção ou perturbar o raciocínio e o sossego do operador é causa desses tipos de acidentes, por mais cauteloso que o cirurgião seja. E desses acidentes ninguém poderá dizer que está livre. O que não se perdoa ao médico é a relapsia para com os fatos mais triviais e mais geradores de dano.

O manuseio de compressas, e enfocamos esse elemento por ser o mais comumente deixado em cirurgias, é uma tarefa do auxiliar e da enfermagem, a qual se obriga ao trabalho de contagem, quer das utilizadas na operação, quer das colocadas à disposição do ato. Mesmo assim, essa operação meramente cerebral falha: ou por contagem aparentemente certa quando uma delas ficou na cavidade, ou, ainda, por contagem aparentemente inexata, com abertura desnecessária aos planos operatórios.

Em que pese a todos os membros de uma equipe médico-cirúrgica terem suas tarefas nitidamente definidas, a tendência de alguns doutrinadores era conferir a responsabilidade ao superior hierárquico.

Será responsável o cirurgião por uma equipe que ele não escolheu, não escalou nem indicou, mas que recebe em virtude de uma escala de serviço? Ao que nos parece, não. É justo que toda irregularidade suscitada numa sala de operações seja transferida para o seu chefe? Tendo-se a ciência de que compete somente a ele a tarefa de supervisionar, seria demasiadamente injusto incriminar-lhe tudo quanto viesse a ocorrer no estranho mundo e nos complicados problemas de um palco cirúrgico. Para outros, o operador é responsável, mas não é o único. Estas teses são, sem dúvida, rigorosíssimas, pois a experiência tem demonstrado que nenhum método, por mais rígido que se afigure, é capaz de evitar esse desastroso acontecimento. A divisão das tarefas de um ato operatório dilui a responsabilidade e o coloca na posição de acidente imprevisível, inevitável pela convicção da certeza. É uma forma de engano para o qual não há garantia absoluta nem qualquer processo para evitar, mormente tendo-se em vista a dramaticidade e a urgência que caracterizam certas intervenções.

Para se qualificar o esquecimento de um corpo estranho num ato operatório como crime culposo por negligência, ter-se-ia de invocar os elementos essenciais da culpa: previsibilidade de dano, ato voluntário inicial, ausência de previsão e voluntária omissão ou negligência. Seja a culpa um vício da vontade, seja um vício da inteligência, não é caracterizada nas situações aludidas como responsabilidade médica por negligência.

A nosso ver, a imprevisibilidade de tais circunstâncias deixa de ser culposa para ser acidental, equiparando-se ao risco cirúrgico. Isto no prisma penal. E no âmbito da responsabilidade civil?

Sob o ângulo da responsabilidade civil é questão diferente, porque seus aspectos se voltam exclusivamente para o caráter político-econômico, tendo como princípio mais aceito o da “repartição dos danos”, caracterizada por uma exigência econômica em decorrência da qual qualquer dano deve ser repartido entre os interessados. Se é injusto um médico pagar uma indenização por um ato em que a culpa não foi caracterizada, maior seria a injustiça de o paciente arcar sozinho com o seu infortúnio. O que se pretende na responsabilidade civil – quase ilimitada – é tão somente assegurar o equilíbrio social, quando um prejuízo produzido poderia causar danos a um dos membros da comunidade. Embora o fundamento moral da responsabilidade civil seja o mesmo da responsabilidade penal, diferentes se mostram na maneira de reparação.

Além do ato médico, pode existir outra causa que concorra para o resultado, contanto que não imputável a outrem. Desta forma decidiu a Corte de Paris, em 5 de março de 1957: “O esquecimento de uma compressa no corpo de um operado, pelo cirurgião, nem sempre é culposo. Mas, ainda quando o seja, ao cirurgião é possível excluir sua responsabilidade, demonstrando que a compressa nenhuma influência teve na morte do cliente. Foi o que tentou, sem êxito, um cirurgião perante esta Corte. No caso, resultava dos exames periciais que a doente tinha falecido de uma infecção peritoneal, e que esta infecção não fora devido à compressa. Mas a Corte assinalou que ‘a permanência da compressa durante dois dias na cavidade abdominal já infectada, constituindo um foco suplementar de inflamação, não poderia deixar de agravar e acelerar o curso da infecção peritoneal existente’”. Em suma, se a paciente tivesse boa saúde, teria suportado a permanência da compressa durante dois dias. Teria sido então o esquecimento dessa compressa a causa da morte? É incontestável que não foi ele a causa única. Houve outra: a doença preexistente. Mas esta doença não é um evento imputável à vítima. Ora, quando um dano tem duas causas – culpa do acusado e um evento não imputável a ninguém –, aquele responde pela responsabilidade integral” (Pondé, Lafayette. Responsabilidade civil dos médicos, *Revista Forense*, n. 191 (687/688), p. 30-36, set.-out. 1963).

A inclinação dos tribunais civis é admitir sempre a reparação do dano, pouco lhes importando que o resultado seja demonstrado por uma falha instrumental ou da ciência, quando a culpa médica não chega a

ser nem comprovada. Segundo eles, a vítima não poderia arcar sozinha com seus prejuízos. Essa é a teoria do dano sofrido, amparada pelo princípio da *responsabilidade sem culpa*.

Esta responsabilidade do médico está presa pelo aspecto contratual, que faz da relação médico-paciente um contrato de locação de serviços entre ambos, ainda que esse atendimento seja gratuito. Os julgadores não estão muito interessados em examinar profundamente as razões subjetivas da culpa, senão apenas em reparar o dano. Houve até quem sentenciasse: “Não há nada de imoral, mesmo na ausência da culpa, em obrigar à reparação a coletividade pública causadora do dano por atos de seus agentes”. E o médico é um desses autores.

Destarte, assim como é raro atribuir ao médico a responsabilidade penal pelo esquecimento de um corpo estranho num ato operatório, dificilmente poderá ele eximir-se da obrigação de reparar civilmente seu paciente quando desse esquecimento resultou para este um dano à vida ou à saúde, ou lhe impôs novos gastos por intervenções complementares.

8. *Cirurgia do lado errado ou da pessoa errada*. As cirurgias erradas, quanto ao lado ou quanto à pessoa errada, embora muito raras, não se pode dizer que elas não ocorram, embora hoje, com a sistematização do ato operatório e a inserção das equipes até multidisciplinares, há uma tendência a reduzi-las a um número bem insignificante. Mesmo assim, se não houver uma política séria de prevenção nesse sentido, tais situações ainda trarão terríveis constrangimentos.

Dessa forma, alguém ser operado do joelho esquerdo em vez do direito ou se submeter a uma histerectomia e ter seu apêndice extirpado são situações que dificilmente têm uma justificativa de ausência de culpa por tal resultado tão devastador; sendo a cirurgia do lado errado muito mais grave no que diz respeito ao seu resultado lesivo. São nas áreas de maior complexidade e de maior utilização tecnológica, como nas salas de cirurgia, nas unidades de terapia intensiva e nas emergências, onde se verificam mais esses resultados tão inesperados.

Mesmo que o cirurgião seja o responsável pelo ato operatório e caiba a ele todos os cuidados de avaliação pré, trans e pós-operatório, não se pode dizer que todo resultado dessa natureza tenha por responsável sua negligência. Assim definiu, nos Estados Unidos, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* ao analisar 126 casos com tais resultados adversos, inclusive apresentando o “protocolo universal para prevenir a cirurgia do local errado, do procedimento errado e da pessoa errada”.

Esse protocolo praticamente baseia-se nos seguintes cuidados: 1 – Identificar os pacientes corretamente no agendamento da cirurgia. 2 – Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais e pacientes. 3 – Introduzir um programa de avaliação de riscos. 4 – Instituir visitas pré-operatórias em equipe. 5 – Listagem exposta de pacientes e procedimento no bloco cirúrgico. 6 – Exames de imagens e outros itens necessários e visíveis na sala de cirurgia que identifiquem o paciente. 7 – Marcar o local da cirurgia com tinta indelével. 8 – Identificar no pré-operatório imediato o paciente correto, o procedimento correto e local correto pelos membros da equipe. 9 – Quando possível ter a confirmação do pacientes antes de começar a operação.

Embora haja em todo ato operatório uma responsabilidade que é de todos, a tendência atual é dividir o ônus dos cuidados por determinados agentes, aos quais cabe a tarefa de supervisionar e a responsabilidade por cada procedimento. A tendência hoje é a de se atribuir a cada indivíduo um tipo de compromisso e um grau de responsabilidade. Não estamos mais no tempo da responsabilidade exclusiva ser do superior hierárquico.

A compreensão que se tem no momento é que a cirurgia de lado errado ou de pessoa errada não pode mais ser considerada como uma fatalidade. Há sempre uma culpa a ser declarada.

### 10.11.3. Imperícia médica

Entende a doutrina que imperícia é a falta de observação das normas, por despreparo prático ou por insuficiência de conhecimentos técnicos. É a carência de aptidão, prática ou teórica, para o desempenho de uma tarefa técnica. Chama-se ainda imperícia a incapacidade ou inabilitação para exercer determinado ofício, por falta de habilidade ou pela ausência dos conhecimentos rudimentares exigidos numa profissão.

Diagnóstico errado nem sempre é imperícia. O médico, como todas as pessoas, tem de aprender através da experiência e da observação, e estas, sabe Deus, representam, às vezes, a tarefa mais árdua e difícil. Não é ele infalível, nem pode garantir a recuperação de todos os pacientes, pois as situações que se apresentam são, em algumas circunstâncias, graves e confusas. Assim, numa dessas eventualidades, o erro não pode ser sinônimo de imperícia. Por isso, existe até aquilo a que chamamos de *erro honesto*.

No entanto, diz-se imperito um médico responsável pela morte de um paciente em consequência de um ato operatório, quando esse profissional não se encontrava em perfeito domínio técnico de realizá-lo, e por falta de conhecimentos anatômicos veio a lesar um elemento nobre. Seria isso imperícia, ou a imprudência de quem não estava apto a fazer tal operação, realizando-a mesmo sabendo de sua falta de condições?

Nosso pensamento é que o médico habilitado – profissional e legalmente – não pode ser considerado imperito em nenhuma circunstância, por mais palpável que seja essa situação, uma vez que consideramos imperícia a falta de habilidade no exercício de uma tarefa, ou a ausência de conhecimentos necessários para desempenhar uma atividade. Consiste ela justamente na incapacidade para determinado ofício. É a falta de prática rudimentar exigida numa determinada profissão, pois sabemos que todas elas possuem alguns princípios primários, os quais devem ser conhecidos por todos aqueles que a ela se dedicarem.

Ora, se um homem tem nas mãos um diploma que lhe confere um grau de doutor e uma habilitação legal, será extremamente difícil a alguém provar que essa pessoa seja incapaz. Ou se é capaz, ou não. Não é lógico atribuir-se imperícia, em uma situação isolada, a um profissional habilitado e com provas de acerto em outras tantas situações.

O cirurgião que, podendo fazer uma operação por um processo simples e rotineiro, emprega um meio mais difícil e complexo, resultando disso morte ou dano à saúde de um paciente, não pode ser considerado imperito, e, sim, imprudente.

Mesmo o médico do interior que, longe da civilização e sem condições de atualizar-se, emprega métodos ineficazes que venham a causar a morte de um doente, ainda assim não se lhe pode atribuir culpabilidade, pois ele imprudentemente aplicou técnica para a qual estava habilitado.

Seria sempre tarefa difícil atribuir-se ignorância a quem é portador de um título que lhe garante o pleno exercício profissional e o conhecimento regular da Medicina, título esse conseguido através de prestação de exames exigidos nos currículos universitários.

Onde não há ignorância não pode haver imperícia.

Sabemos que o diploma de médico não pode ser um atestado de imunidade que lhe permite cometer impunemente toda espécie de negligência ou imprudência. Por outro lado, será sempre necessário que se trace um limite preciso entre a imprudência e a negligência, e a imperícia.

Nas faltas mais grosseiras, mesmo sabendo-se que o médico não é infalível, deveremos sempre estar diante de uma imprudência ou de uma negligência, por mais que pareça à primeira vista tratar-se de um caso de imperícia. Entendemos que juridicamente tal situação é insustentável, pois o diploma e o seu registro nas repartições competentes outorgam uma habilitação que torna o médico legalmente imune à

imperícia.

Dizer-se que alguém sempre foi razoavelmente um bom profissional, e num caso isolado atribuir-lhe falta de conhecimentos, é um verdadeiro contrassenso.

Seria injusto e absurdo considerar um médico responsável por resultados atribuídos à ignorância ou à imperícia. Por outro lado, seria perigoso e temerário aceitar o princípio geral da não responsabilidade, quando diante de uma imprudência ou negligência.

“Responsabilizar e condenar o médico por imperícia seria punir a ignorância, o que constituiria uma injustiça” (Vila Nova e Morales).

Se um médico conhece superficialmente a composição de um medicamento, ou uma técnica mais sofisticada, e a aplica em seu paciente, é lógico que agiu com imprudência, impelido pela tentação audaciosa. Se um outro causa dano ao seu cliente por troca de medicamentos em receita de letra indecifrável, não há negar ter agido negligentemente.

Não podemos negar que há situações em que chegamos quase a acreditar num erro grave por imperícia, mas em face da razão e da lógica só se pode estar em duas situações: a de habilidade ou a de inabilidade. E o título é a prova incontestada de uma habilidade legalizada.

Por isso, será sempre difícil, e até certo ponto muito delicado, atribuir-se crime de imperícia a um médico, tendo o mesmo em seu poder um certificado que lhe confere o livre exercício da profissão.

O diploma médico será sempre uma prova inofismável de capacitação, para o qual o estado exigiu exames e treinamento universitário, pois quem não os obtém não pode deixar a Universidade. A habilitação médica não deve, portanto, ser discutida em cada novo caso, a não ser que o médico procure os caminhos escusos que levam à marginalização profissional.

Por responsabilidade médica não se entende, então, uma capacidade mais ou menos brilhante, ou um conhecimento mais ou menos profundo, mas apenas a possibilidade da imprudência ou da negligência, ou seja, a falta do dever de evitar abuso ou de vigilância.

A um médico que perfura um útero numa curetagem, ou que lesa um vaso importante numa cirurgia que não está capacitado a fazer, atribui-se o crime de imprudência, pois tais condutas não estão alicerçadas na sua experiência.

Por isso, repetimos, é extremamente difícil alguém pensar em imperícia de um homem que traz nas mãos um diploma de doutor; pois, para obtê-lo, foi necessária uma penosa triagem de vários anos, em várias disciplinas, tendo conseguido, sem dúvida, aprovação em todas elas.

O diploma universitário, pelo menos legalmente, presume no seu dono o conhecimento primário da profissão e o seu aprendizado mais elementar. E, ainda mais, é muito difícil o acúmulo de vastos conhecimentos que deem ao médico autoridade de um grande saber, numa ciência tão complexa como a Medicina.

Entre a negligência e a imprudência, existem indícios de grave culpabilidade, ao passo que na imperícia presume-se a falta de aprimoramento, relativo à pessoa que desempenha determinada profissão. Porém, nunca se poderia supor incompetência profissional em quem é portador de um diploma que lhe outorga condições de livre desempenho de sua atividade.

Imputar ao médico o desconhecimento das coisas mais triviais de sua técnica e ciência, o que poria em risco a vida e a saúde de seus pacientes, e sabendo-se de antemão que o mesmo é portador de um título idôneo conferido por uma instituição oficial ou reconhecida, é simplesmente considerar tal instituição como desonesta e leviana.

A administração de uma dose tóxica é, antes de tudo, imprudência de quem a usa sem conhecimento da composição de determinada substância. A quem não conhece o emprego de certas drogas ou de certas

técnicas, e as aplica em alguém, seria muito pouco imputar imperícia, senão aquilo que se deve considerar muito mais grave: a imprudência. Portanto, as faltas dos médicos, consideradas sob o princípio da responsabilidade culposa, são, em quaisquer circunstâncias, resultado de imprudência ou de negligência, e jamais de imperícia.

Mais: todos nós somos ignorantes para alguma coisa. No entanto, não andamos por aí cometendo danos. O que nos faz diferentes é respeitar o limite da nossa capacidade. Quem não respeita esse limite é tão somente imprudente.

Se um médico, num grande centro, desatualiza-se e comete sucessivamente erros no desempenho de seu ofício, não se poderá chamar a isso de imperícia, mas de negligência, pois é princípio elementar que todo profissional deve procurar estar informado dos progressos relativos ao seu mister.

Essa necessidade não é apenas de ordem moral, mas uma obrigação de todo homem de ciência.

Por isso, já se faz sentir uma seleção mais rigorosa dos candidatos à profissão médica, bem como a instituição de cursos, seminários e mesas-redondas, de caráter obrigatório, pelas associações médicas. Não se pode negar que esta medida seja, até certo ponto, antipática, mas, por certo, trará indiscutíveis compensações.

Sabemos que nenhuma disposição legal permite inspeção contínua e sistemática da atividade médica, e a solução mais plausível será uma paciente e habilidosa maneira de sensibilizar os médicos mais velhos que negligenciaram no aprimoramento de sua arte, e um maior cuidado na seleção dos mais jovens, quando do ingresso nos serviços médicos.

#### *10.11.3.1. Negligência dos centros complementares de diagnóstico*

Entende-se por centros complementares de diagnóstico os estabelecimentos responsáveis pela elaboração de exames subsidiários solicitados pelos profissionais de saúde encarregados do diagnóstico e da terapêutica dos pacientes. Na prática, são os laboratórios de anatomia patológica, patologia clínica, radioisótopos, citologia, imunologia, hematologia e os serviços de radiodiagnóstico.

Podem ser responsáveis pelos laboratórios de patologia clínica ou de análise o médico, o farmacêutico, o bioquímico e o biomédico. Todavia, quando o resultado dos exames exigir interpretação e análise, a responsabilidade será do médico, conforme determina o artigo 43, § 1.º, do Decreto n.º 12.467, de 17 de outubro de 1978. Por outro lado, o diagnóstico em raios X, citologia, hematologia e anatomia patológica é sempre de exclusiva competência do médico.

Os responsáveis pelos resultados dos exames subsidiários elaborados por esses centros complementares de diagnóstico são seus diretores, cuja presença é imperiosa na execução e na confecção dos laudos, mesmo que tecnicamente possam ser feitos sob sua supervisão.

Dessa forma, qualquer resultado incorreto por erros ou falhas humanas, tanto na elaboração técnica do exame como no controle, na coleta do material ou na atividade burocrática, capazes de comprometer o diagnóstico e a terapêutica, pode ser motivo de uma ação civil de indenização como forma de reparar o dano do paciente. O responsável pelo centro de complementação diagnóstica poderá ser arguido sobre o resultado indevido, em face de existir entre ele e o cliente uma obrigação de resultado e não de meios. Ressalve-se o resultado falso-negativo ou falso-positivo, como, por exemplo, no teste de gravidez.

Hoje, com a vigência do Código de Defesa e Proteção do Consumidor, é mais fácil levantar a responsabilidade objetiva das empresas públicas ou privadas prestadoras de serviços complementares de diagnóstico, a fim de se obter a reparação do dano, pois esses setores enquadram-se perfeitamente dentro do espírito dessa nova legislação.

### 10.11.3.2. Negligência em transfusões de sangue

Após as atribuições constitucionais que outorgam ao estado controlar, fiscalizar e participar da transfusão de sangue, componentes e derivados, e a Lei nº 7.649/1988 obrigar o cadastramento dos doadores, assim como a realização de exames de laboratório no sangue coletado, pode-se celebrar com certeza uma melhoria inestimável na prestação desses serviços.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde e sua competência sobre esse setor, verificou-se uma mudança bem significativa na dinâmica da responsabilidade civil por dano ao paciente, quando deixou, em parte, de ser dos médicos, passando essa responsabilidade objetiva para o estado por deficiência do serviço. Assim, por exemplo, a contaminação do sangue transfundido é sempre do Banco, através da pessoa jurídica que o mantém ou o conveniou. E mais: de forma alguma, pode-se atribuir culpa ao médico que indicou uma transfusão de sangue.

Mesmo assim, não podem ser omitidos os riscos e as complicações, apesar do máximo zelo e dos redobrados cuidados na avaliação dos doadores e receptores e dos métodos de coleta e estocagem, maus resultados esses que vão desde as reações hemolíticas até as contaminações do sangue e de seus derivados por malária, hepatite ou AIDS.

Os danos produzidos, geralmente por negligência, nas transfusões de sangue podem ser ressarcidos através de ações civis de indenização contra o estado, baseadas na *culpa in eligendo* ou *in vigilando*. A prática hemoterápica é entendida por muitos como uma obrigação de resultado, por sua indicação precisa e indiscutível a um bom resultado.

Depois da vigência da Lei nº 8.079, de 11 de setembro de 1990, que instituiu o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, questões como essas ficaram mais claras.

Por fim, não esquecer que o receptor não é o único sujeito aos riscos da transfusão, mas, também, o próprio doador, em decorrência da inaptidão para a doação dessa ou daquela quantidade de sangue, ou por contaminação nas transfusões diretas, embora esporádicas, entre ele e o receptor.

## 10.12. PRESCRIÇÃO PENAL E PRESCRIÇÃO CIVIL

Chama-se de prescrição penal a perda que tem o estado de punir pelo decurso do tempo. Damásio de Jesus diz que a prescrição “é a perda da pretensão punitiva ou executória do Estado pelo decurso do tempo sem o seu exercício” (*Direito penal*, 20. ed., São Paulo: Saraiva, 1997).

Há dois tipos de prescrição: a punitiva e a executória. A primeira ocorre sempre antes do trânsito em julgado da sentença, operando-se os prazos de acordo com o artigo 109 e § 1.º do artigo 110 do Código Penal, e a segunda ocorre depois do trânsito em julgado da sentença final condenatória, regulando os prazos de acordo com os critérios estabelecidos no artigo 110 do mesmo diploma penal.

Salvo o disposto no § 1.º do artigo 110 do CP (caso em que a prescrição regula-se pela pena aplicada), de acordo com o artigo 109, a *prescrição punitiva* é regulada pelo máximo de pena privativa de liberdade cominada ao crime. No crime de homicídio culposo, por exemplo, cuja pena máxima aplicada é de até 3 (três) anos de detenção, de acordo com o inciso IV do artigo 109, prescreve em 8 (oito) anos. Já na lesão corporal culposa, cuja pena máxima é de 1 (um) ano de detenção, aplicando os critérios do inciso V do artigo 109, prescreve em 4 (quatro) anos.

Em relação à *prescrição executória*, isto é, após o trânsito em julgado da sentença final condenatória, o prazo é regulado pela pena imposta e verificado os mesmo prazos fixados no artigo 109, os quais se aumentam de um terço se o condenado é reincidente ou se o crime é qualificado.

É desta forma que se procedem aos cálculos prescricionais relacionados à pretensão punitiva e executória. Excetuando outros pormenores, que talvez, pela sua especificidade, não seja oportuno abordar neste estudo, como, por exemplo, os casos de redução e interrupção dos prazos.

Já o prazo para prescrição do pedido de indenização por erro médico se inicia na data em que o paciente toma conhecimento do dano, e não a data em que o profissional possa ter cometido o ilícito. A decisão é da 4.<sup>a</sup> Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que concedeu a uma vítima de erro médico paulista a possibilidade de pleitear indenização por uma cirurgia realizada em 1979. A paciente teve ciência da falha profissional 15 anos depois. Ela se submeteu a uma cesariana em janeiro de 1979 e, em 1995, foi informada de que havia uma agulha cirúrgica em seu abdômen. A descoberta foi feita a partir da solicitação de exames radiográficos para avaliar o deslocamento dos rins em decorrência de uma queda sofrida. Até então, ela afirma que nada sentia. Porém, em 2000, em razão de dores no corpo, teve a recomendação de extrair a agulha. O relator no STJ, ministro João Otávio de Noronha, esclareceu que à situação deve-se aplicar o princípio da “*actio nata*” – ou seja, prazo prescricional para propor ação de indenização é contado a partir do conhecimento do fato (*Jornal Jurid*, ano VII, n. 1.534, 4 maio 2011). A pretensão de reparação civil prescreve em 3 anos (art. 206, V, do CC/2002).

### 10.13. ATO MÉDICO: OBRIGAÇÃO DE MEIOS OU DE RESULTADOS?

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, como ensina Alves Dias (*Da responsabilidade civil*, 6. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1979, v. 1 e 2).

Dentro do conteúdo das obrigações positivas, onde se exige do devedor um comportamento ativo de dar ou de fazer alguma coisa, são conhecidas 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.

Na obrigação 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, essa é a ideia que tem prevalecido. O contrário seria conspirar contra a lógica dos fatos.

Hoje, mesmo em especialidades consideradas como obrigação de resultado, como na cirurgia puramente estética, já se olha com reservas esse conceito tão radical de êxito absoluto, pois o correto é decidir pelas circunstâncias de cada caso. Caso contrário, é contraditar-se com a própria natureza das coisas.

Iturraspe ensina que na obrigação de resultado o devedor assume o compromisso de alcançar um objetivo ou conseguir um efeito almejado. E na obrigação de meios o devedor não assegura a consecução do resultado esperado, mas se obriga a empregar os meios necessários e indicados para a proposta esperada, sendo o resultado secundário à obrigação e não integrante como objeto do contrato (*Responsabilidad civil del médico*, Buenos Aires: Astrea, 1979).

Assegura ainda o mesmo autor que, 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 sua capacidade e o que lhe é disponível.

Kfoury Neto, citando os irmãos Mazeaud, transcreve: “O credor não tem, então, que provar que o devedor tenha sido negligente, é ao devedor que incumbe 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 atingimento 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” (*Responsabilidade civil do médico*, São Paulo: RT, 1994).

A obrigação do médico 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 chegar à conclusão de que todo empenho foi inútil em face da inexorabilidade do caso, quando o especialista agiu de acordo com a “lei da arte”, ou seja, se os meios empregados eram de uso atual e sem contraindicações. Punir-se, em tais circunstâncias, alegando obstinadamente uma “obrigação de resultado” não seria apenas um absurdo. Seria uma injustiça.

Em síntese, o que se afirma não é que o médico não cometa erros – sejam eles de diagnóstico, de terapêutica e de técnicas, ou que ele não seja nunca negligente ou imprudente –, mas, tão só, que o ato médico tal qual se vem aplicando hodiernamente no conjunto das ações de saúde, 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 aos métodos usados ou à terapêutica escolhida.

Nos casos de maus resultados, em que se procure comprovar um erro médico, o que se deve considerar, antes de mais nada, além do nexos causal e do tamanho do dano, é o grau da previsibilidade do autor em produzir o resultado danoso e a culpa suficientemente demonstrada, dentro das espécies negligência e imprudência.

A obrigação de resultado, em que se exige do devedor ativo de dar ou fazer alguma coisa, parece-nos a cobrança contratual aos prestadores de serviços de coisas materiais, ao não cumprirem a promessa quantitativa ou qualitativa de uma empreitada. Isso, é claro, não poderia ocorrer na assistência médica. A não ser que irresponsavelmente alguém promettesse tanto. E mesmo assim, acreditamos, o que caracteriza a obrigação de resultado é a natureza do serviço.

Mesmo assim, 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 nexos de causalidade e a dimensão do dano, ainda mais diante das ações de indenizações por perdas e danos.

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 apenas um detalhe. Na prática, o que vai prevalecer mesmo é a relação causal entre a culpa e o dano, pois até mesmo a exigência do *onus probandi* hoje já tem remédio para a inversão da prova, qualquer que seja a modalidade de contrato.

## 10.14. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

“O fundamento da responsabilidade civil está na alteração do equilíbrio social, produzida por um prejuízo causado a um dos seus membros. O dano sofrido por um indivíduo preocupa todo o grupo porque, egoisticamente, todos se sentem ameaçados pela possibilidade de, mais cedo ou mais tarde, sofrerem os mesmos danos, menores, iguais e até maiores” (Hermes Rodrigues de Alcântara, *Responsabilidade médica*, Rio de Janeiro: José Konfino, 1971).

A responsabilidade civil gira em torno de duas teorias: a subjetiva e a objetiva.

A teoria subjetiva tem na culpa seu fundamento basilar. No âmbito das questões civis, a expressão culpa tem um sentido muito amplo. Vai desde a culpa *stricto sensu* ao dolo. É o elemento do ato ilícito, em torno do qual a ação ou a omissão levam à existência de um dano. Não é sinônimo, portanto, de dano. É claro que só existirá culpa se dela resultar um prejuízo. Todavia, esta teoria não responsabiliza a pessoa que se portou de maneira irrepreensível, distante de qualquer censura, mesmo que tenha causado um dano. Aqui argui-se a responsabilidade do autor quando existe culpa, o dano e o nexos causal. Seu fundamento é todo moral: primeiro porque leva em conta a liberdade individual, e, segundo, porque seria injusto atribuir-se a todos, indistintamente, consequências idênticas a um mesmo fato causador. Não faz injustiça com o autor, mas a deixa fazer contra quem já sofre a contingência de ser vítima.

No entanto, atualmente, essa teoria começa a ser contestada, por várias razões: a imprecisão do conceito de culpa pelo seu cunho teórico e caracterização imprecisa, o surgimento da responsabilidade sem culpa, o sacrifício do coletivo em função de um egoísmo individual sem imputabilidade nos tempos atuais e a socialização do direito moderno.

Assim, o conceito de culpa vai se materializando, surgindo a teoria objetiva da responsabilidade, que tem no risco sua viga mestra. O responsável pelo dano indenizará simplesmente por existir um prejuízo, não se cogitando da existência de sua culpabilidade, bastando a causalidade entre o ato e o dano, para obrigar a reparação. O nexos causal consiste no fato de o dano ter surgido de um ato ou de sua omissão. No momento em que a noção de culpa passa a ser diluída, a ideia de risco assume um plano superior.

Os que contrariam esse conceito admitem ser a teoria objetiva materializadora, vingativa, baseada na justiça do “olho por olho” e do “dente por dente” do Talião, preocupada com o aspecto patrimonial em prejuízo das pessoas. Entretanto, tais argumentos não se justificam, pois não se cogita de represália nem de vindita, senão da solidariedade e da equidade – fundamentos basilares da nova conceituação da responsabilidade civil. Longe de significar a volta ao primitivismo, reflete a sensibilidade do doutrinador ante os fenômenos sociais, consequentes e inevitáveis nos tempos de hoje.

Agora, com as alterações advindas com a vigência do novo Código Civil, a partir de janeiro de 2003, pode-se dizer que a responsabilidade civil médica pouco muda em termos de doutrina, mas nota-se sensíveis mudanças em seus dispositivos.

Antes esta matéria era balizada pelos artigos 159 (“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.”) e 1.545 (“Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, incapacitação de servir, ou ferimento.”).

O primeiro foi substituído neste novo diploma pelo artigo 186 (“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”) O segundo não tem correspondência no Código vigente. Com certeza será

aplicado a artigo 951 (“O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda nos casos de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.”) Houve, no entendimento de Nestor Forster, uma ampliação na responsabilidade indenizatória (*Erro médico*, São Leopoldo: Unisinos, 2002, Coleção Aldus).

O artigo 927, em seu parágrafo único (“Haverá obrigação de reparar o dano, independente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.”), exclui totalmente o conceito da necessidade de verificação da culpa, conforme estava contida no artigo 159 do antigo Código.

O conceito da obrigação de indenizar baseado na responsabilidade objetiva do profissional parece estar bem claro no artigo 927. Em relação a esta responsabilidade, três são teorias clássicas da imputação causal da culpa (ou da conduta) do agente, a saber: “1. Teoria da equivalência dos antecedentes; 2. Teoria da causalidade adequada; 3. Teoria da causa eficiente”.

A primeira, diz Lana, é conhecida como teoria da *conditio sine qua non*, e vem disciplinando, há várias décadas, o nosso ordenamento jurídico na área penal; a segunda é caracterizada como a doutrina predominante que rege nosso Código Civil; a terceira representa uma mitigação da primeira teoria, segundo a qual o evento danoso jamais ocorreria se determinado conjunto de causas não estivesse presente no nexo de causalidade, embora uma delas exsurge como a *causa necessária*, enquanto as demais apenas estabeleceriam *causas complementares* para a produção do evento. Tal construção se nos afigura mais lógica no entendimento da responsabilidade médica, visto existir uma multiplicidade de fatores causais, na maior parte, ou, mesmo, na totalidade dos casos.

É preciso que fique bem claro que em princípio não se quer defender a irresponsabilidade do ato médico, mas, isto sim, determinar de forma objetiva o agente que deu causa ao evento, ou, pelo menos, cuja ação culposa se revelou mais lesiva ao bem jurídico em discussão. Neste particular, há de se avaliar também a participação da equipe, as condições de trabalho, a influência de fatores impossíveis de evitar, a ação de terceiros estranhos à relação médico-paciente, e ainda a própria culpa do paciente.

A verdade é que a doutrina da responsabilidade civil, seja ela extracontratual ou contratual, tem seus fundamentos na tese da responsabilidade sem culpa. Desta forma, o causador do dano só está isento de indenizar se for excluído o nexo de causalidade. Mesmo que nossa tradição seja firmada na responsabilidade subjetiva, com base na imprudência, na imperícia ou na negligência, agora dá lugar ao conceito da responsabilidade objetiva baseada na teoria do risco.

A grande expectativa é saber se as profissões que lidam com a vida e a saúde serão consideradas pela doutrina ou pela jurisprudência como atividades de risco ou se dependerá caso a caso do julgador.

Modificação bastante significativa é a introdução do parágrafo único do artigo 950, onde estabelece que, caso deseje o indenizado, a importância arbitrada referente a perdas e danos, além de lucros cessantes, despesas de tratamento ou luto e funeral, e pensionamento ou prestação de alimentos com base no salário mínimo, poderá ser exigida em pagamento de uma só vez pelo credor da obrigação.

O artigo 948, II, deste novo diploma, acrescentou ainda o fator da duração provável da vida no cálculo de prestação de alimentos devida no caso de homicídio. Este entendimento já é vigente no STJ e nos tribunais superiores.

Finalmente, foi alterado o prazo prescricional para as ações relativas ao estado das pessoas. Antes era de 20 (vinte) anos, agora é de 10 (dez) anos, de acordo com o artigo 205 do novo diploma legal.

## **10.15. CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E RESPONSABILIDADE CIVIL**

A saúde, dentre os direitos sociais, apresenta-se como um requisito essencial da dignidade humana, fundamento básico de qualquer estado democrático que tem como projeto o alcance da personalidade e da cidadania. Por isso a saúde não pode ficar circunscrita apenas aos seus aspectos psicofísicos, mas deve se estender aos limites permitidos à liberdade consciente do homem e da mulher.

Na esteira deste pensamento, o chamado “consentimento livre e esclarecido” não deve ficar apenas entendido como mais uma regra na atividade profissional do médico, mas também no respeito à vontade do paciente em que o direito à saúde é um direito fundamental de cada ser humano. Esta é uma forma de garantir a cada indivíduo sua própria soberania.

Tudo faz crer, todavia, que os maiores entraves em se estabelecer este diálogo para a obtenção do consentimento livre e esclarecido estão na dificuldade que os profissionais de saúde têm de entender que tal procedimento é muito mais que um problema profissional. É uma questão sociopolítica que se incorpora mais e mais à nossa cultura humanística.

Deve-se entender que o consentimento livre e esclarecido, operacionalizado no princípio da autonomia e da beneficência, não deve representar apenas um fato que diga respeito a uma autonomia de caprichos ou desesperos, mas que ele esteja dentro do contexto de uma questão político-social própria das sociedades organizadas que primam pelo bem comum. No fundo mesmo, só existe um princípio básico que é a beneficência. E como seu próprio nome diz, ele não pode excluir a autonomia.

Não se pode mais aceitar o modelo paternalista de relação no qual somente cabia dar informação ao paciente e pedir seu consentimento quando isto representasse uma forma imprescindível de se ter um bom resultado por meio da sua colaboração, quando da realização de um procedimento médico. Está claro que tal conduta não responde mais aos interesses da realidade atual. Por outro lado, não se pode aceitar o “autonomismo” irreal.

Todos nós temos o direito de saber nossa verdade e participar ativamente das decisões que dizem respeito a nossa vida e, portanto, das decisões médicas e sanitárias que afetam a nossa saúde.

A informação é um pressuposto ou requisito prévio do consentimento. É necessário que o paciente dê seu consentimento sempre de forma livre e consciente e as informações sejam acessíveis aos seus conhecimentos. Para que esse consentimento seja juridicamente válido, ele deve ser dado por alguém capaz e as informações isentas de vícios.

Não se pode esquecer que estas informações, quando passadas ao paciente, devem ser numa linguagem que permita o devido esclarecimento e a consciente permissão. Em suma: toda intervenção médica, para ser legítima, necessita do consentimento, e este só tem legitimidade se for tomado na transparência da clareza das informações. Mais: a questão do consentimento livre e esclarecido não pode ficar centrada apenas no médico e no paciente, mas também com a própria instituição de saúde, a família do paciente e os demais profissionais de saúde que atuam no mesmo caso.

Além disso, o consentimento não pode se resumir apenas a uma informação pura e simples, como quem dá um recado. Ele deve ser livre, consciente e esclarecido, e como tal se entende aquele que foi obtido de um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar razoavelmente uma proposta ou uma conduta, isenta de coação, influência ou indução. Não pode ser obtido por meio de uma simples assinatura ou de uma leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho das salas de operação. O consentimento tem de ser obtido antes da intervenção, até por que, obtido posteriormente, não teria nenhum valor jurídico. E deve ser obtido por meio de uma linguagem acessível ao seu nível de convencimento e compreensão para evitar a compreensão defeituosa, principalmente quando a situação é complexa e difícil de avaliar (*princípio da informação adequada*).

É claro que não se está falando de esclarecimentos de caráter estritamente técnico em torno de

detalhes de uma enfermidade ou de um procedimento. A linguagem própria dos técnicos deve ser decodificada para o leigo, senão ele tende a interpretações erradas e temerárias. É correto dizer ao doente não só os resultados normalmente esperados, senão ainda os riscos que determinada intervenção pode trazer, sem, contudo, descer a minuciosidades mais excepcionais. É certo que o prognóstico mais grave pode ser perfeitamente analisado e omitido em cada caso, embora não seja correto privar a família desse conhecimento.

Deve-se levar em conta, por isso, o “paciente padrão razoável” – aquele que a informação é capaz de ser entendida e que possa satisfazer às expectativas de outros pacientes nas mesmas condições socioeconômico-culturais. Não há necessidade de que essas informações sejam tecnicamente detalhadas e minuciosas. Apenas que sejam corretas, honestas, compreensíveis e legitimamente aproximadas da verdade que se quer informar. O consentimento presumido é discutível por uns e radicalmente inaceitos por outros.

Se o paciente não pode falar por si ou é incapaz de entender o ato que se vai executar, estará o médico obrigado a conseguir o consentimento de seus responsáveis legais (*consentimento substituto*). Necessário saber também o que é representante legal, pois nem toda espécie de parentesco qualifica um indivíduo como tal.

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM n.º 1.995/2012, abordou a questão da vontade antecipada do paciente, quando posteriormente estiver incapacitado de expressar livre e autonomamente a sua vontade – no que se chamou de “testamento vital”. Diz a resolução que o médico deve considerar a vontade do seu assistido, suas diretivas antecipadas de vontade. Afirma, ainda, que, caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico (*consentimento substituto*). Todavia, o médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante se, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares, diz a citada Resolução. E, não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Registre-se, ainda, que o primeiro consentimento (*consentimento primário*) não exclui a necessidade de *consentimentos secundários*. Desse modo, por exemplo, um paciente que permite seu internamento num hospital não está, com isso, autorizando o uso de qualquer meio de tratamento ou de qualquer procedimento.

Sempre que houver mudanças significativas nas condutas terapêuticas, deve-se obter o consentimento continuado (*princípio da temporalidade*), porque ele foi dado em relação a determinadas circunstâncias de tempo e de condições. Por tais razões, certos termos de responsabilidade exigidos no momento da internação por alguns hospitais, em que o paciente ou seus familiares atestam anuência aos riscos dos procedimentos que venham a ser realizados durante sua permanência nosocomial, não tem nenhum valor ético ou legal. E se tal documento foi exigido como condição imposta para o internamento, numa hora tão grave e desesperada, até que se prove o contrário, isso é uma indisfarçável coação.

Admite-se também que, em qualquer momento da relação profissional, o paciente tem o direito de não mais consentir uma determinada prática ou conduta, mesmo já consentida por escrito, revogando, assim, a permissão outorgada (*princípio da revogabilidade*). O consentimento não é um ato irrevogável e permanente. E ao paciente não se pode imputar qualquer infração de ordem ética ou legal.

Por outro lado, há situações em que, mesmo existindo a permissão consciente, tácita ou expressa, não se justifica o ato permitido, pois a norma ética ou jurídica pode impor-se a essa vontade e a autorização não outorgaria esse consentimento. Nesses casos, quem legitima o ato é a sua indiscutível necessidade, e não a discutida permissão (*princípio da não maleficência*).

O mesmo se diga quando o paciente nega autorização diante de imperiosa e inadiável necessidade do ato médico salvador, frente a um iminente perigo de vida. Nesses casos estaria justificado o chamado tratamento arbitrário, no qual não se argui a antijuridicidade do constrangimento ilegal nem se pode alegar a recusa do consentimento. Diz o bom senso que, em situações dessa ordem, quando o tratamento é indispensável e o paciente se obstina, estando seu próprio interesse em risco, deve o médico realizar, por meios moderados, aquilo que aconselha sua consciência e o que é melhor para o paciente (*princípio da beneficência*).

Não podemos esconder o fato de serem estas questões, na prática, muito delicadas e, em até certo ponto, confusas, cabendo, assim, à nossa consciência saber aplicar todos os princípios a cada caso que se apresente a nossa consideração ou a nossa deliberação. Também fica claro que o consentimento esclarecido não legitima condutas culposas.

A tendência é se aceitar a tese de que a não advertência ao paciente dos riscos de uma conduta ou de uma intervenção e suas alternativas faz com que seja o médico o único responsável pelos riscos, em lugar do paciente ou de alguém que o representasse quando chamado a dar seu consentimento após informação devidamente esclarecida.

A questão do *consentimento* livre e *esclarecido* é um fato que está bem equacionado no que diz respeito a nossas normas deontológicas, a partir do Código de Ética Médica e dos pertinentes Pareceres e Resoluções do Conselho Federal de Medicina. Todavia, não há uma regulamentação específica em nosso sistema jurídico.

O consentimento, visto sob o prisma geral, tem na ordem jurídica uma longa tradição, porém visto como a manifestação da vontade e da livre concordância das vontades entre as partes de uma relação, ou seja, a autonomia própria das relações jurídico-privadas que caracterizam o contrato. Deve-se considerar, ainda, que a capacidade de o indivíduo consentir não tem a mesma proporção entre a norma ética e a norma jurídica. A reflexão sobre o prisma ético não apresenta a inflexibilidade da lei, pois certas decisões, mesmo as de indivíduos considerados civilmente incapazes, devem ser respeitadas principalmente quando se avalia uma situação de *per si*.

Assim, por exemplo, os portadores de transtornos mentais, mesmo quando legalmente incapazes, não devem ser isentos de sua capacidade de decidir. Mesmo se constituindo numa infração ético-moral, como forma de agressão à autonomia do paciente e, como tal, uma ofensa aos direitos da personalidade, isto não quer dizer que exista uma responsabilidade quanto ao aspecto integral do dano. Para alguns, se não existir relação de causalidade entre o dano e a falta de obtenção do consentimento esclarecido, inexistente a responsabilidade. Entendem que a não advertência ao paciente sobre possíveis riscos numa conduta médica só pode ser entendida como de relevante importância se ficar provado que a omissão de informações poderia ter evitado um determinado dano. Mesmo assim, o paciente seria ressarcido não pelos danos em si, mas pela ofensa a sua autonomia quando omitidas as devidas informações. Não há como se admitir a responsabilidade integral pelo dano quando não se provou a culpa profissional.

É preciso ficar bem clara a relação denexo causal entre a falta de informação e o dano. Por exemplo: deixar o médico de informar ao paciente sobre condutas a serem seguidas pelo próprio paciente.

Assim, foi quando o Tribunal de Justiça de Minas Gerais condenou um hospital e um médico a indenizarem, solidariamente, uma paciente pelo fato de não ter sido informada sobre a possibilidade de poder engravidar após cirurgia de laqueadura de trompas.

O relator do processo no Tribunal deixou claro que a condenação “não decorreu de erro no procedimento cirúrgico adotado pelo médico quando da laqueadura das trompas da paciente, mas sim do

fato de que o profissional não esclareceu a ela que haveria possibilidade de engravidar novamente, mesmo que minimamente, denotando a existência de falha no dever de informação associado à atividade do profissional” (Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 11.ª Câmara Cível, Número do processo: 1.0431.06.030997-5/001(1), Relator: Afrânio Vilela). Para outros, sempre se pode arguir a responsabilidade quando da falta de informações sobre riscos consistentes, pois o paciente poderia recusar determinado ato médico notadamente se ele é eletivo. Para estes, quando o médico intervém sem os devidos esclarecimentos sobre riscos – o que é diferente de intervir sem sua permissão –, assume com isso, unilateralmente, os riscos próprios da intervenção.

Outra coisa importante é saber se o paciente de fato não foi informado sobre determinados riscos, levando em conta ter um grau de cultura capaz de entender razoavelmente os riscos inerentes a determinada conduta ou enfermidade. Em situações muito raras, um paciente com mediana compreensão, ou a de seus próprios familiares, iria para uma sala de cirurgia sem nenhum tipo de informação ou conhecimentos, principalmente quando seu mal é de certa gravidade ou de conhecimento generalizado.

Duas coisas devem ficar bem claras em tais ocorrências quando da avaliação judicial: o consentimento esclarecido não suprime nem ameniza a culpa médica por negligência ou imprudência; e o que verdadeiramente legitima o ato médico é a sua indiscutível, imediata e inadiável intervenção. Em suma: entender que mesmo tendo o médico um termo escrito de consentimento do paciente, isto, por si só, não o exime de responsabilidade se provados a culpa e o dano em determinado ato profissional.

Ter em conta, ainda, que um termo de consentimento mesmo por escrito, por si só, como muitos pensam, não é bastante para garantir uma situação mais tranquila frente às demandas que venham ocorrer diante de um mau resultado. Também não se deve simplesmente pensar que a mística da profissão embasada no velho paternalismo vai isentar alguém de culpa ou torná-lo imune às queixas. E o que fazer quando no transcurso de uma intervenção surge uma nova situação que exige conduta emergencial ante a gravidade do caso, porém não conhecida pelo paciente? O médico não poderia ter outra conduta senão intervir tendo em vista o indiscutível interesse do paciente. Estaria legitimado e obrigado a intervir. Todavia, deve-se entender que a solução em tais casos é sempre caso a caso.

## **10.16. RESPONSABILIDADE FUNCIONAL DO ESTUDANTE**

Conceituava-se o estudante de Medicina como o indivíduo dedicado a adquirir experiência e uma forma de conduta que permitisse, no futuro, tratar dos doentes e promover a saúde. Hoje não se pode ter mais essa concepção.

A Medicina, de uma arte solitária e íntima, passou, nestes últimos tempos, a assimilar e solicitar a extraordinária contribuição decorrente do avanço galopante das ciências em geral.

Assim, criou-se uma nova forma de exercício funcional, circunscrevendo-lhe um maior campo de atuação – uma verdadeira *área médica*, onde sociólogos, economistas, enfermeiros, estatísticos, assistentes sociais, bioquímicos, farmacêuticos e engenheiros, dentre outros, passaram a contribuir decisivamente para uma forma de Medicina que alcança o homem em seu mais amplo sentido. Chega-se à conclusão de que a Medicina não é apenas da exclusiva responsabilidade do médico, mas da responsabilidade de todas as pessoas capazes de contribuírem efetivamente em sua acepção mais vasta.

Os próprios médicos deixaram de atuar isoladamente, unindo-se em equipes, pois não se pode conceber que, em determinadas formas de atividades médicas, possa o profissional da Medicina continuar individualmente, quando essa conduta isolada de atividade, nas instituições hodiernas, é insuficiente e limitada.

Estamos numa época em que, além da responsabilidade pessoal de cada médico, existe também uma nova espécie de responsabilidade coletiva de equipe, onde as obrigações são divididas conforme a graduação hierárquica e a capacidade de seus componentes.

Antigamente, por exemplo, numa sala de operações, era o cirurgião responsável por tudo que pudesse ocorrer. Hoje isso não é mais admitido. Os componentes desse grupo são pessoas de plena capacidade, e, se um deles vier a causar danos por culpa própria, é claro que responderá por si. Se a tarefa é de todos, haverá a divisão dessa responsabilidade.

O estudante de Medicina dos últimos anos também se incorporou a essa nova realidade e passa a ter, nos hospitais ou serviços médicos, seus encargos específicos, com a realização de alguns “atos profissionais”, de maneira autônoma ou sob velada supervisão.

Antes, era ele objeto apenas da nossa preocupação no sentido de formá-lo. Vivia sob uma vigilância constante, como uma verdadeira “sombra” do médico, considerado, inclusive, por todos, como um ser em formação e, por isso, irresponsável, a não ser em fatos a que viesse a dar causa por pérfidos desejos.

A responsabilidade por atitude negligente ou imprudente do estudante imputada sistematicamente ao médico ou ao hospital é conceito que não pode prevalecer tão absolutamente.

Dizia-se, outrossim, que o médico vivia para o hospital, assim como todo pessoal técnico, pois o que eles recebem é tão insignificante que não pode ser confrontado com o que oferecem. Somente o estudante, afirmava-se, é aquele que vive do nosocômio. Alegava-se que servem todos os doentes e os educandos vão deles servir-se.

Atualmente, essa concepção não pode ser mais endossada, visto que é notável e eficaz a participação do aluno na vida de um hospital, principalmente quando ele desenvolve suas atividades em grupo. Aquelas afirmativas não podem ser aclamadas quando os estudantes passaram a contribuir decididamente no esquema medicina-paciente.

É nosso pensamento que aquela irresponsabilidade total pela culpa não pode ser admitida nos dias que correm. O estudante de nossos tempos não pode ser comparado ao de outrora. Participa ele dos fatos gerais, critica e discute, defendendo conscientemente seus interesses. Houve, é inegável, uma fantástica revolução na mentalidade do jovem brasileiro, provando que ele foi sensibilizado mais precocemente para uma tomada de posição, adquirindo condições de adaptação às exigências dessa nova ordem imposta pela evolução da “Medicina Moderna”. Houve, indubitavelmente, uma admirável conscientização. Portanto, não se pode considerar os jovens estudantes irresponsáveis. Em contrapartida, somos obrigados a começar a exigir-lhes um meio de tributo em caráter de responsabilidade.

Qualquer que seja a estrutura de uma instituição médica, existem sempre normas e regulamentos para um perfeito entrosamento funcional e ético.

É certo que os estudantes não têm vinculação profissional com o hospital, mas há obrigações funcionais que poderão responder pela infração penal.

Quem tem direitos e vantagens deverá aceitar as obrigações e os deveres.

Destarte, chegou a hora de requerer-se deles uma forma de responsabilidade, que chamaríamos de *responsabilidade funcional do estudante*, não somente de cunho administrativo ou escolar, mas, também, dentro dos princípios da responsabilidade culposa.

Isso, à primeira vista, poderia parecer uma satisfação descabida; no entanto, o que se propõe é tão somente cobrar do estudante uma responsabilidade atinente à sua habilidade e à sua formação, acordando-o, desde cedo, para as exigências necessárias que, por certo, deverá ter no desempenho de sua futura profissão.

Desta forma, não há por que negar a responsabilidade do estudante de Medicina que se incorpora,

por seus próprios méritos e capacidade, às tarefas específicas de sua habilidade, trabalho esse próprio de sua atividade, quando se sabe que o médico, nas suas múltiplas ações, não poderia se dividir ou ter a onipresença de Deus em todos os acontecimentos e situações que se possam verificar no âmbito de uma instituição com centenas de doentes.

Isso não quer dizer que deva o médico omitir-se de suas obrigações, explorando os alunos em atividades suas ou que mereçam sua supervisão. Em assim agindo, estaria cometendo a negligência do superior hierárquico, que a doutrina moderna consagrou na expressão “responsabilidade vicariante”.

Imputa-se ao estudante apenas a responsabilidade por aquilo que obviamente lhe cabe, dentro de sua competência e sua obrigação funcional.

Dizer que o estudante é totalmente irresponsável é simplesmente desconhecer o que ele conseguiu, honestamente, em termos de conscientização e de habilidade. É menosprezar sua capacidade e seu valor.

Por outro lado não poderíamos deixar de cobrar-lhe uma quota de responsabilidade. Isso é um fato que se impõe a qualquer pessoa. Por exemplo, um estudante que presta serviço em um banco de sangue de um hospital, sendo responsável por esse setor, e, quando solicitado urgentemente para uma reclassificação de um sangue, não o faz por descaso, e disso resulta dano ao paciente: não se pode deixar de configurar nessa situação a negligência por não ter feito o exigido, e a imprudência por ter afirmado aquilo que não fez.

Finalmente, somos favoráveis a um Código de Ética do Estudante de Medicina, com dispositivos, sempre que possível, disciplinadores de suas atividades. Sentimos ser ele elemento indispensável em determinadas circunstâncias do exercício médico, principalmente no tocante à responsabilidade e ao segredo. A *Ley de Ejercicio de la Medicina* da Venezuela, em seu artigo 15, assim estatui: “... Os estudantes de Medicina estão igualmente obrigados a guardar segredo sobre o que veem, ouvem ou descobrem em sua função”.

## **10.17. RESPONSABILIDADE MÉDICA DERIVADA**

O progresso do sistema médico trouxe, para todos nós, por incrível que pareça, uma cota de maior responsabilidade. Há determinados setores da Medicina cuja segurança e produtividade levaram ao espírito de muitos a certeza de sua infalibilidade. Todavia, por mais eficientes que sejam esses meios, eles não afastam a necessidade, cada vez maior, da contribuição de outros técnicos que se incorporam gradativamente a nós.

A Medicina começa a fugir das mãos dos médicos.

Essa nova concepção entende que sua ação deve abranger um maior raio de atividade, constituindo uma verdadeira *área da saúde*, onde outros profissionais, diferentes do médico, possam contribuir decisivamente em favor do homem.

Essa solidariedade profissional, além de concentrar maiores recursos, traz, além das vantagens econômicas, uma melhor qualidade de trabalho e uma maior segurança operacional, pelas quais o paciente será cada vez mais beneficiado.

Sendo assim, além da responsabilidade pessoal de cada um, existe também uma forma de responsabilidade compartilhada entre todos os membros de uma equipe, embora a graduação hierárquica e a capacidade de cada componente influam, decididamente, na responsabilidade individual. Se a tarefa é de todos, é justo que exista a divisão dessa responsabilidade.

Atualmente, farmacêuticos, bioquímicos, enfermeiros, administradores, assistentes sociais, engenheiros, psicólogos, odontólogos, entre outros, participam, com os médicos, de muitas tarefas, no

sentido de proteger o enfermo.

Esses outros profissionais da saúde, não médicos, passaram na hora presente a incorporar-se a essa nova realidade, assumindo, desta maneira, nos hospitais e serviços especializados, encargos próprios, de forma independente, embora algumas determinações ainda permaneçam na exclusiva dependência do médico. Isso, é claro, não poderia deixá-los destituídos de sua responsabilidade. Ao contrário, estão incluídos no rol da responsabilidade médica.

Desta forma, à negligência num exame subsidiário, realizado por um bioquímico, cuja falsidade de resultado acarrete um dano grave ao paciente, não se pode atribuir outra forma de responsabilidade a não ser a própria responsabilidade médica. O mesmo se diga do engenheiro biomédico que imprudentemente coloca à disposição do médico determinado instrumental sem condições de um registro mais fiel, disso resultando um resultado lesivo ao doente. Não há por que negar a configuração da responsabilidade médica.

Tão evidente tem sido a contribuição daqueles profissionais na vida de um hospital, que os mesmos passaram a ser indispensáveis para uma contribuição mais efetiva no rendimento do sistema médico. Por outro lado, nas atividades mais subjetivas da Medicina, onde ainda se reluta em aceitar aquela contribuição, quase nada se tem oferecido a mais em favor da saúde do homem.

Houve uma verdadeira mudança e uma fantástica evolução, cada vez mais imperativas, exigidas por essa nova ordem imposta pela Medicina moderna. E nos setores onde essa evolução foi mais mercante, pela disponibilidade de promover um atendimento mais efetivo e mais benéfico ao paciente, foi justamente onde se verificou a aceitação de outros técnicos.

Aceitando-se o fato de que outras profissões paralelas à Medicina clássica participam decididamente num só sentido, chega o momento de exigir de cada um desses elementos uma forma única de responsabilidade, que não pode ter apenas um posicionamento de ordem administrativa, senão, também, a mesma obrigatoriedade, chamada responsabilidade médica.

Isso, antes de constituir-se numa modalidade odiosa e descabida, ou numa maneira mais extravagante de exigência, nada mais representa senão a aceitação da atividade de todos que, de uma ou outra forma, possam somar esforços, em termos funcionais, em favor do paciente. Como não há direitos sem obrigações, requere-se uma exigência única, designada por nós como *responsabilidade médica derivada ou responsabilidade médica convergente*.

## **10.18. SOCIALIZAÇÃO DO RISCO MÉDICO**

Há certas profissões, e a Medicina é uma delas, que, por sua natureza e circunstâncias, criam riscos de danos a outrem. Não existe médico, por menos experiente que seja, ou paciente, por mais ingênuo que possa parecer, que não estejam cientes do risco gerado na tentativa de salvar uma vida ou restabelecer uma saúde. Mesmo o mais tímido e discreto ato médico é passível de risco.

Esse é o preço que vem pagando o paciente pelos mais espetaculares progressos que a tecnologia tem emprestado à Medicina. Assim, tem sido o tributo de todas as comunidades beneficiadas pela civilização hodierna. São as vantagens do risco-proveito.

A Medicina nada mais é do que uma sucessão de riscos.

O grande arsenal tecnológico, de que a ciência médica atualmente dispõe, trouxe para o homem inestimáveis proveitos. Por outro lado, essa nova ordem não pôde evitar que surgissem mais acidentes no exercício da profissão.

O homem vive a *era do risco*.

Ainda que a relação médico-paciente seja um contrato de meios e não de resultados, o equilíbrio só seria restituído se o paciente, vítima de um acidente médico, pudesse ser ressarcido no seu dano.

O acidente médico é, não raro, inevitável e inesperado, e suas causas são, sob o ponto de vista subjetivo, dificilmente determinadas. Por isso, a tendência contemporânea, no que se refere ao aspecto civil do dano médico, é substituir a noção de responsabilidade médica pela noção de risco. Acreditamos que, no futuro, toda questão de responsabilidade será simplesmente um caso de reparação, embora ela não venha a representar uma indenização total do dano sofrido. É preciso salvar o dano.

O médico compromete-se a utilizar todos os meios e recursos ao seu alcance, com a maior prudência e a melhor diligência, no intuito de atingir um bom resultado. Todavia, incerta e conjecturalmente.

A Medicina antiga, inibida, solitária e quase espiritual, incapaz de grandes feitos, era menos danosa, porque gerava pouco risco. Nos nossos dias, há uma possibilidade tão grande de risco e dano que, em certas ocasiões, o médico passou a omitir-se. Criou-se uma medicina defensiva.

A falibilidade do médico e da Medicina é inquestionável. É ela aceita pela doutrina, pela lei e pela jurisprudência, principalmente sob os ângulos penal e moral. No entanto, quanto à responsabilidade civil, esta chega a ser quase ilimitada. Os tribunais passaram a entender que a reparação civil do dano é algo indiscutível. Já afirmaram que, assim como é injusto o médico responder pela falibilidade da ciência ou pela sua própria limitação, mais injusto é deixar o paciente à sua própria sorte, quando, buscando um bem, encontrou um mal.

Outros admitem que, da mesma maneira como a sociedade é beneficiada pelo progresso das ciências médicas, essa mesma coletividade deve aceitar as falhas oriundas desse mesmo progresso.

O certo é que em todo contrato que pressupõe um perigo existe, de início, uma obrigação de garantia.

A socialização dos riscos e danos médicos, ao contrário do que muitos pensam, não é simplesmente a posse de uma apólice de seguro de responsabilidade civil. É muito mais. É um programa voltado para uma proposta político-social, solidária e responsável, em favor do médico e da comunidade, e, por isso, em favor da ordem pública e do equilíbrio social, não se resumindo ao pagamento de indenizações, mas ainda em patrocinar assessoria jurídica em ações administrativas, civis e penais do médico, estabelecer projetos voltados à prevenção do risco e do dano, e também ao infortúnio do paciente.

Socializar o *risco e o dano médico*, no sentido de reparar civilmente o prejuízo, é o único instrumento viável e suscetível de assegurar tranquilidade no exercício profissional e garantir uma reparação mais imediata e menos confrontante com o médico. É também uma forma de corrigir algumas distorções da medicina dita socializada, cada vez menos amistosa, cada vez mais hostil.

A socialização do risco é a que melhor atende à justiça coletiva. Não se pode esconder o fato de que a Medicina é a profissão que mais absorve os impactos das novas concepções sociais. Negar essa realidade, somente por caprichos ideológicos, além de egoísmo, é colocar-se distante do presente. Esta é a única forma que dá ao responsável condições de responder pelo ônus do dano causado, quase sempre distante de suas reais possibilidades. Para o paciente: o sistema de seguro também significa livrar-se de um processo penoso e confuso, e a proteção contra a deficiência técnica, contra seus riscos e contra a eventual falibilidade do profissional.

Este seguro seria parte de um conjunto de benefícios em favor do médico, desde a assistência advocatícia em ações que viesse a responder nas instâncias penais, civis e administrativas, podendo até mesmo contribuir na liquidação pecuniária por danos em processos indenizatórios, a partir de um fundo mútuo construído de forma universal e compulsória.

Mas esses seguros não podem nem devem, sob qualquer pretexto, ser feitos por empresas de seguro privado. Devem, isto sim, realizar-se por uma instituição estatal ou pela classe médica, como, por

exemplo, sob a responsabilidade da Associação Médica Brasileira ou da Federação Nacional dos Médicos, como mutualizadora ou como concessionária exclusiva do estado. Em vez dos possíveis lucros passarem às mãos ávidas das empresas particulares, seriam utilizados em benefício da própria classe médica, com a instituição da assistência mútua, da assistência judiciária, da previdência médica, do estímulo à pesquisa médico-científica, do aprimoramento profissional, de taxas módicas de seguro, entre outros.

Em todos os países onde o sistema securitário falhou, estavam as empresas de seguro nas mãos de grupos particulares, que não conhecem os limites de ter lucro nem resistem à tentação de aumentá-lo.

Alguém poderia insinuar que a socialização do risco médico é a simples aceitação da existência de danos causados a pacientes, ou uma maneira de delegar direitos inalienáveis. Argumentar-se-ia, ainda, que essa forma de seguro deixaria o médico indiferente à sua responsabilidade, pois teria naquelas instituições o instrumento legal de reparo. Ou, finalmente, uma cômoda maneira de transferir uma obrigação pessoal para a comunidade.

Tais argumentos não convencem. Primeiro, não se cogita da imunidade moral ou penal que possa existir em cada dano. Depois, não se pode ocultar a existência do risco e, conseqüentemente, a tendência crescente de resultados danosos. É inadmissível que um profissional venha a negligenciar seu trabalho simplesmente por existir alguém capaz de reparar materialmente determinado dano. Não. Além da consciência do homem e do profissional, prevalece ainda a vaidade natural de acertar sempre que possível. Esse tipo de seguro leva o médico mais facilmente a agir em favor do paciente, aumentando-lhe seu rendimento e fazendo com que ele atenda melhor aos interesses da comunidade.

A compensação do seguro não cobre os danos provocados por atos ilícitos ou criminosos, como, por exemplo, as conseqüências advindas da prática de uma laqueadura tubária sem indicação médica ou de um aborto não consentido.

Conquanto a fiscalização do exercício profissional tenha seus órgãos próprios, sua ação faz-se sentir apenas em termos de resguardar o bom nome da Medicina. No máximo, defender o médico indiretamente quando, envolvido num processo ético-profissional, for absolvido. Tem, portanto, uma proteção ético-moral, jamais uma função seguradora contra a responsabilidade civil. E não se pode falar da existência de legislação específica capaz de amparar o médico diante de um dano resultante de um fato inevitável. Não é justo deixar-se o profissional à sua própria sorte.

Assim como a socialização do risco foi a maneira mais justa e humana de resolver os graves conflitos nos acidentes de trabalho, seria esta a fórmula ideal para evitar o desequilíbrio social e sanar o dano sofrido pelo paciente, através da reparação por um instrumento estatal de seguro.

Quando a Medicina colocou, entre o médico e o paciente, todo esse fabuloso instrumental tecnológico, criou um relacionamento mais frio e mais impessoal. Se o médico pudesse deixar os sinuosos corredores que o levam aos laboratórios mais sofisticados ou às salas de computação, e voltar ao seu antigo lugar – o *pé do leito*, onde a doença tinha um território delimitado e sentia-se a doença viver, talvez seu calor e sua sentimentalidade desencorajassem o paciente de pleitear junto a um tribunal. Onde há confiança e afeto, existe sempre o perdão.

Infelizmente, nem tudo depende da consciência e da vontade do médico. Mas, sobretudo, da determinação e da conscientização que começam a surgir de uma sociedade utilitarista e pragmática, que se preocupa demasiadamente com os índices de produção.

O médico que exercia uma medicina-arte, de forma quase artesanal a quem individualmente conhecia, transformou-se num executivo, aplicador de normas científicas e tecnológicas a grupos de doentes, como quem dirige uma empresa. Ou numa medicina de sintomas. No dizer de alguém, uma

medicina de olhar de jardineiro: voltada para a variedade das aparências.

“Vítima, agente e sociedade (assegura Hermes Rodrigues de Alcântara) são beneficiados com a socialização do risco: o primeiro porque vê a sua indenização independente da situação financeira de seu prejudicador; o segundo porque não arca sozinho com o ônus da indenização de um dano, cuja participação pessoal, às vezes, é mínima; e a última porque não sofre o impacto do desequilíbrio patrimonial de qualquer de seus integrantes. O sistema funciona como na hidráulica se comportam os vasos comunicantes” (*op. cit.*).

• Desvantagens do seguro de responsabilidade civil do médico:

1. Interfere negativamente na relação médico-paciente.
2. Estimula os processos contra os médicos.
3. Eleva os custos dos serviços médicos.
4. Pode facilitar o erro médico.
5. Facilita a indústria das indenizações.
6. Fornece uma proteção aparente para o profissional.
7. Cria um cenário cativo para o médico.
8. Não cobre o dano moral.

• Vantagens do seguro de responsabilidade civil do médico:

1. Melhor modalidade de liquidação do dano.
2. Melhor condição de liberdade e segurança no trabalho.
3. Assegura o equilíbrio social e a ordem pública.
4. Melhor forma de justiça social.
5. Melhor forma de previdência propriamente dita.
6. Livra médico e paciente de processos penosos e demorados.
7. Evita explorações, ruínas, injustiças e iniquidades.
8. Independe da situação econômica do causador do dano.
9. Corrige o aviltamento patrimonial da vítima.
10. Contribui com o superávit do sistema em programas de prevenção do dano.
11. Estimula a solidariedade social.
12. Apresenta falhas, mas tem o maior número de benefícios e vantagens.
13. Corrige o fato de o paciente ser totalmente esquecido e o médico falsamente lembrado.

## **10.19. POLÍTICA DE PREVENÇÃO DE RISCO DE ERRO MÉDICO**

Ainda que não exista uma fórmula mágica e infalível para evitar o erro médico, mister se faz envidar todo esforço no sentido de se criar condições e mecanismos capazes de contribuir de forma efetiva pelo menos na diminuição desses maus resultados, pois eles não interessam a ninguém.

A primeira providência neste sentido é desarmar as pessoas de um certo preconceito de que todo resultado atípico e indesejado no exercício da medicina é da responsabilidade do médico, quando em algumas vezes ele é também vítima. Por isso, impõe-se centrar nossa compreensão na montagem de um desenho epidemiológico do mau resultado, no sentido de apontar não apenas seu diagnóstico, mas

também fomentar a promoção de uma política de condutas, meios e mecanismos que seja eficaz na correção destes desvios.

Qualquer que seja a proposta nesta direção, mesmo aquelas que trazem embutidos alguns interesses profissionais no “gerenciamento de risco” por empresas especializadas, deve ser analisada como meio de contribuição a este problema.

A verdade é que a medicina atual nada mais é do que uma sucessão de riscos. O grande arsenal tecnológico de que a ciência médica atualmente dispõe trouxe, para o homem, inestimáveis proveitos. Por outro lado, essa nova ordem não pode evitar que surgissem mais acidentes no exercício da nossa profissão. Vivemos a era do risco.

O acidente médico é, não raro, inevitável e inesperado, e suas causas são, sob o ponto de vista subjetivo, difíceis, mas com possibilidades de serem determinadas.

Todavia, é necessário ficar bem claro que tal projeto não se destina apenas a identificar os fatores potenciais de risco em face das demandas por responsabilidade civil, penal e ético-administrativa, mas, sobretudo, melhorar as condições de trabalho médico e as perspectivas de vida e de saúde da população.

### **10.19.1. Fatores de risco**

Como se vê na prática do exercício médico, muitos são os fatores de risco que levam ao mau resultado. Podemos classificá-los em *fatores não assistenciais* e *fatores assistenciais*.

Entre os fatores não assistenciais, destacamos:

1. *O sistema de saúde.* A primeira coisa que chama nossa atenção no exercício da medicina é o distorcido e desorganizado sistema de saúde pública. A chamada socialização da medicina com a expansão dos serviços de saúde e a criação das instituições prestadoras da assistência médica colocou entre o médico e o paciente certos conflitos, os quais quase sempre com complexas implicações de ordem ética e legal. Por outro lado, as políticas sociais e de saúde não se efetivaram como instrumento de redistribuição de renda e de atenuação das desigualdades sociais. Não se atende ao princípio da universalização e da equidade, e passam ao longe da discussão e da participação democrática dos setores organizados da sociedade. O modelo de desenvolvimento econômico e social imposto durante as quatro últimas décadas mostrou-se excessivamente concentrador, propiciando níveis de vida e de saúde que não correspondem às necessidades da população. Isto teve um reflexo muito negativo na organização e na estruturação dos serviços prestadores de assistência médica. E é neste ambiente de penúria e precariedades que o médico exerce suas atividades.

2. *A falta de compromisso do médico.* Há motivos políticos e sociais que começam a reclamar dos médicos posições mais coerentes com a realidade que se vive. Um modelo capaz de revelar o melhor papel que essa postura venha desempenhar no complexo projeto de direitos e deveres, e que possa apontar, com justiça e conveniência, o caminho ideal na realização do ato médico e nas exigências do bem comum. Por isso ele não pode ficar indiferente, pois o exercício da medicina é um ato político em favor da saúde individual e coletiva e também na tentativa da busca da cidadania. O próprio Código de Ética do médico deve estar voltado para isso; se não, que ética é esta que não enxerga tais necessidades, principalmente quando elas atingem os mais desfavorecidos e os mais necessitados, tantas vezes deserdados da sorte? Portanto, é dever do médico lutar organizadamente em favor das melhores condições de atendimento e não considerar a doença como um resultado da fatalidade. Não basta modificar a relação entre o homem e a natureza, mas, também, mudar as relações sociais.

3. *A não participação da sociedade.* Esta, por sua vez, também deve compreender que a questão da

melhoria das condições de saúde e dos níveis de vida não deve se concentrar apenas nas mãos dos médicos. É preciso que a sociedade se manifeste sempre que necessário, salientando o seu inconformismo e sua revolta com a disparidade reinante entre as condições de saúde da coletividade e as disponibilidades cada vez mais crescentes da ciência e da tecnologia. Deve entender ainda que a luta contra o mau resultado na assistência médica passa por propostas e encaminhamentos das políticas sociais públicas e que esse resultado tão indesejado não tem como causa única os erros dos médicos. Por isso, quando assistimos aos movimentos de organização e de mobilização de segmentos sociais contra o “erro médico”, não podemos ficar contrários a isso, desde que tal encaminhamento tenha como proposta a prevenção de resultados indesejáveis e não o simples desejo de vingança patrocinado por parentes de vítimas de resultados atípicos. O ideal seria que esses grupos se aliassem aos médicos e a todos aqueles que se interessam pela luta em favor da boa assistência médica, pois aí se concentra certamente o embasamento para uma política de prevenção de riscos de maus resultados.

4. *A não revisão do aparelho formador.* Nenhum analista desta questão deixa de apontar o nível do ensino médico brasileiro como um dos causadores da sofrível formação profissional pela maioria das escolas médicas e, conseqüentemente, fator preponderante na eclosão do mau resultado. Além das péssimas condições de ensino e de aprendizagem, dos baixos salários dos professores, da falta de uma estratégia para um perfil de médico que se precisa e da falta de recursos para a pesquisa e a extensão, não existe uma revisão sobre essa qualidade de ensino, mas tão somente as decisões açodadas e irresponsáveis de criação de novas escolas médicas. Além disso, as manobras astuciosas de sucateamento das escolas com o propósito de colocá-las no lote das privatizações inconsequentes, o que, no mínimo, sugere cumplicidade.

5. *A falta do ensino continuado.* Entre nós não é exagero afirmar que para se exercer a profissão médica não basta uma habilitação legal, representada pela posse de um diploma e seu registro nos Conselhos de Medicina. É necessária a continuada habilitação profissional constituída de um permanente aprendizado. A verdade é que não existe entre nós nenhuma norma ou nenhuma exigência obrigando o médico a se atualizar sempre. Também raríssima é a instituição pública ou privada que se dedica ou que apresenta um projeto dedicado ao ensino continuado, dando oportunidade de reciclagem médica ou estimulando o profissional na perspectiva de acompanhar razoavelmente os passos de sua ciência.

6. *A precária fiscalização do exercício profissional.* Embora os Conselhos de Medicina tenham como objetivos primeiros as tarefas pedagógicas e doutrinárias, não se pode omitir como papel significativo a fiscalização do exercício da medicina, como forma de ajustar o profissional aos ditames consagrados no seu Código de Ética, “cabendo-lhe zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”. Os Conselhos não podem ficar apenas nas intermináveis reuniões onde são discutidos assuntos de menor interesse ou de se destinar tão só à expedição de carteiras. Devem partir para uma ofensiva mais positiva, a exemplo de alguns Regionais que estão indo aos estabelecimentos de saúde conferir a qualidade da assistência.

No tocante aos *fatores assistenciais*, podemos apontar:

1. *O desgaste da relação médico-paciente.* Não é só pelo fato de se conter a demanda judicial por erro médico, mas todos sabem que uma boa relação entre o médico e seu paciente é uma forma de melhor entrosamento, de melhor percepção dos problemas do assistido e uma maneira de estimular o interesse e a dedicação profissional. Uma relação médico-paciente amistosa deixa o assistente e o assistido em condições de exercer tranquilamente seus papéis. Infelizmente, por fatos os mais variados, esta relação, embora não generalizada, vem se transformando numa tragédia, ou no mínimo num encontro

desconfortável. Lamentavelmente, a deterioração da relação médico-paciente se apresenta como o motivo mais forte do aumento de ações de responsabilidade profissional. Há de se encontrar um caminho para se reverter esta situação e fazer com que esta relação volte a ser a qualidade que colocou a medicina num lugar de respeito e consideração.

2. *A falta de condições de trabalho.* Ninguém desconhece também que muitos destes maus resultados tenham como origem as péssimas e precárias condições de trabalho, numa atenção à saúde cada vez mais decadente e anárquica como projeto, mesmo que tenhamos um número razoável de médicos em relação à nossa população. Os serviços públicos, com honrosas exceções, estão desmantelados por uma política dirigida pela própria estratégia de poder, como forma deliberada de desmoralizá-los e entregá-los à iniciativa privada, a exemplo do que vem se fazendo açodadamente como política de privatização. A verdade é que os profissionais da saúde sentem em seu dia a dia cada vez mais dificuldades em exercer suas atividades, em face das indigentes condições de trabalho. Neste cenário perverso é fácil entender o que vem acontecendo nos locais de trabalho médico, onde se multiplicam os danos e as vítimas, e onde o mais fácil é culpar os médicos como primeiros responsáveis.

3. *O abuso de poder.* É necessário, também, saber se o profissional atuou com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, de inoportunismo ou de insensatez. Uma das formas mais comuns de desvio de poder é a prática médica realizada por profissionais que não estão capacitados para realizar determinada especialidade médica. Outra forma condenável e por isso agravante numa avaliação por suposto erro é o procedimento desnecessário.

4. *A falsa garantia de resultado.* Mesmo que o médico deva ser otimista quando da sua participação junto ao doente, ele não deve garantir certos resultados, principalmente se este procedimento é complexo e de risco, como na cirurgia estritamente estética. O que se recomenda é o uso adequado dos meios e condutas que venham favorecer o paciente e uma palavra de estímulo que não signifique promessa, pois, em determinados instantes, esta garantia de resultado sempre favorável significa uma violação ao dever de informar devida e corretamente.

5. *A falta do consentimento esclarecido.* Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico, em regra, só alcança sua verdadeira dimensão e o seu incontrastável destino quando se tem o consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Assim, grosso modo, todo procedimento profissional necessita de uma autorização prévia. Além disso, exige-se não só o consentimento puro e simples, mas o *consentimento esclarecido*. Entende-se como tal o consentimento obtido de um indivíduo capaz civilmente e apto para entender e considerar razoavelmente uma proposta ou uma conduta, isenta de coação, influência ou indução. Não pode ser obtido através de uma simples assinatura ou de uma leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho das salas de operação. Mas por meio de linguagem acessível ao seu nível de convencimento e compreensão (*princípio da informação adequada*). Mesmo que o consentimento esclarecido seja um instrumento de defesa numa alegação de erro, ele tem como sentido maior a dignificação da pessoa. O consentimento não é um ato irreatável e permanente (*princípios da revogabilidade e da temporalidade*). Por outro lado, deve ficar bem claro que o fato de se ter um consentimento esclarecido, isto, por si só, não isenta o médico quando da existência de outras faltas no cumprimento dos deveres de conduta.

6. *O preenchimento inadequado de prontuários.* Um dos elementos mais valorizados quando da avaliação do erro médico é o prontuário do paciente. Neste documento devem estar de forma legível não apenas a anamnese, mas todo acervo documental padronizado, ordenado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados e aos documentos anexos. Consta de exame clínico, suas fichas de ocorrências e de prescrição terapêutica, os relatórios de enfermagem, os relatórios da anestesia e da

cirurgia, a ficha de registro de resultados de exames complementares e, até mesmo, cópias de atestados e solicitações de exames. Constitui o prontuário um verdadeiro dossiê que tanto serve para análise da evolução da doença como para fins estatísticos que alimentam a memória do serviço e como defesa do profissional, caso ele venha ser responsabilizado por algum resultado atípico e indesejado. Pelo visto, sua não existência ou seu incompleto preenchimento pode constituir-se num fator negativo nos procedimentos de prova. Acreditamos que o prontuário é a melhor arma quando de uma avaliação judicial.

7. *A precária documentação dos procedimentos.* Todo projeto de gerenciamento ou administração de risco de erro médico deve contar com a adequada orientação da documentação dos procedimentos realizados. Não é demasiado dizer que em nosso sistema processual é sempre muito importante a prova documental. Como as ações judiciais são demasiadamente morosas, e como os demandantes têm um prazo até certo ponto longo para pleitear a ação, é importante que toda documentação referente à assistência contestada seja guardada, pelo menos por dez anos, para as exigências do Conselho Federal de Medicina, e, por vinte anos, para a prescrição da obrigação contratual.

8. *O abandono de paciente.* A regra é que o médico não pode abandonar seu paciente, a não ser em situações muito especiais, apontadas no Código de Ética Médica, onde ele pode até renunciar ao tratamento, desde que isso seja levado ao conhecimento do seu assistido ou dos seus familiares, e que não haja prejuízo neste afastamento. Por outro lado, é muito natural que numa relação profissional, não existindo mais a confiança do paciente, ou quando ele não atende às recomendações e à prescrição médicas, cheguem as partes a um acordo, em que o médico venha ser dispensado de sua assistência.

## **10.20. DEVERES DE CONDOTA DAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS MÉDICOS**

A vida e a saúde figuram entre os valores mais significativos do ser humano e, desse modo, quando da prestação da assistência médica, deve-se ter em conta seus vínculos e suas condições. No caso dos convênios e planos de saúde, entre outros, não se pode perder de vista certas medidas impeditivas, como algumas cláusulas que eximem a responsabilidade do prestador de serviços em acordos e convenções.

Destarte, não é exagero lembrar que todo contrato de seguro, como o de convênio de saúde, não pode nem deve afastar-se dos princípios elementares que regulam o regime contratual (*princípio da autonomia da vontade, princípio do consensualismo, princípio da força obrigatória* e o memorável *princípio da boa-fé*), sem deixar de levar em conta a *transparência das informações e a vulnerabilidade do paciente*, sempre hipossuficiente economicamente e menos informado.

A utilização dos contratos de assistência médica vem se propagando de forma vertiginosa, trazendo na sua esteira um número impressionante de questionamentos nos aspectos dos interesses, não tanto da área dos profissionais médicos, mas, sobretudo, da relação entre o usuário e a administração dos estabelecimentos e planos de saúde. Basta ver o número de contestações que se avolumam mais e mais na Promotoria de Justiça de Defesa do Consumidor, nos Juizados Especiais de Pequenas Causas e nas Varas Especializadas, a despeito da existência entre nós do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990), certamente a maior revolução jurídica verificada nesses últimos 50 anos em nosso país.

Levando-se em conta a importância da vida e da saúde das pessoas, não se pode dizer que tais cuidados sejam exagerados, sendo, portanto, justo que se estabeleçam seus vínculos e suas condições de atendimento.

Os principais deveres de conduta desses prestadores são:

1. *Dever do atendimento prometido.* Esse é o primeiro dos deveres de conduta das entidades prestadoras de serviços de saúde. Qualquer pessoa que é assistida por um serviço de saúde ou aderente de um plano de saúde tem o direito de ser atendido na medida das cláusulas convencionadas, seja no modo, na forma, local e qualidade previamente prometidos no contrato celebrado. O contrato não pode conter cláusulas que permitam rescisões unilaterais ou de qualquer modo subtraia sua eficácia e validade, além das situações já previstas em lei.

2. *Dever de informação.* Exige-se também que haja transparência nas informações da prestação de serviços. Os estabelecimentos de saúde devem cumprir tudo que foi prometido na assinatura do contrato, de forma clara e objetiva. Os planos de saúde devem ser bem claros principalmente sobre os períodos de carência, exclusão de doenças, conceito de patologias preexistentes e abrangência da assistência. Todas as informações sobre os pacientes devem ser registradas nos prontuários médicos. As informações necessárias devem ser repassadas aos pacientes ou familiares, no sentido de se obter deles um consentimento esclarecido. Excluem-se apenas os casos de iminente perigo de vida e quando o procedimento eleito seja o único meio de salvar a vida do paciente.

3. *Dever de cuidados.* As entidades prestadoras de serviços médicos têm obrigação da supervisão do material e equipamentos, da qualidade do serviço prestado, da proteção física e moral dos pacientes internos e da escolha e da supervisão de pessoal, tendo em conta a obrigação da qualificação e do aprimoramento dos componentes do quadro de pessoal.

4. *Dever de abstenção de abusos ou de desvio de poder.* Os contratos de adesão celebrados pelas entidades prestadoras da assistência médica devem ser sempre por escrito e não devem ultrapassar as bases do Código de Defesa e Proteção do Consumidor. Devem ser evitadas as cláusulas unilaterais, a propaganda enganosa e o induzimento desleal. No contrato de adesão, diz o bom senso que toda cláusula de interpretação duvidosa deva ser sempre em favor do assistido ou do aderente. O pacto de limitação da responsabilidade, quando o assistido abre mão antecipadamente de alguns direitos, deve sempre respeitar o princípio da autonomia das vontades, naquilo que é lícito pelos costumes e não defeso em lei. Assim, por exemplo, a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que trata dos planos e seguros privados de assistência médica, no seu artigo 12, II, *a*, proíbe o contrato que limita o prazo de internação. A empresa que explora plano ou seguro de saúde e aceita contribuições de associado, sem submetê-lo a exame prévio, não pode escusar-se ao pagamento de sua contraprestação, alegando omissão nas informações do segurado. Assim foi entendido no Recurso Especial n.º 86.095-SP, Registro n.º 96.0003009-0, Relator Min. Ruy Rosado de Aguiar.

5. *Dever de respeito à independência do profissional.* A empresa não pode restringir a independência técnica do profissional, notadamente se uma opção está embasada naquilo que recomenda a *lex artis*, como no que se refere à restrição de exames, de procedimentos e de medicamentos. O médico, desde que se abstenha do abuso, deve ter a liberdade de optar pelo que é melhor, em benefício do paciente.

## **10.21. RESPONSABILIDADE CIVIL DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO HOSPITAL E BANCO DE SANGUE**

Mais recentemente, vem-se cuidando com mais rigor da responsabilidade dos hospitais, clínicas, laboratórios e bancos de sangue, através do ajustamento do ordenamento jurídico civil à realidade social que vivemos e às transformações sofridas na recente implantação entre nós da política de saúde. E mais precisamente com o advento da extensão do credenciamento das instituições de saúde privadas, como

órgãos conveniados ao Poder Público.

Tal fato estimulou os pacientes ou seus representantes a cobrarem a devida reparação dos danos quando diante de um resultado atípico ou indesejado na assistência nosocomial.

Por outro lado, observa-se que a ordem jurídica civil constituída começa a se organizar em torno de um elenco de normas em busca da equidade e em favor dos reclamos da sociedade. Dentro dessa ordem, o que mais se evidencia é a reparação dos danos produzidos nos estabelecimentos de saúde.

As bases dessa forma de responsabilidade estão centradas no instituto da culpa, onde a determinação da reparação do dano se justifica pela ação culposa do agente.

O hospital como pessoa jurídica não deixa de responder civilmente e, pelo que adota o nosso Código, sua responsabilidade inclui-se no sistema subjetivo da culpa. Quem responde civilmente, é claro, não é o hospital nem seus diretores, mas a pessoa jurídica que mantém o hospital, seja uma associação, uma sociedade ou uma fundação. É evidente que a pessoa jurídica não pode reclamar para si a profissionalidade do ato, como o fazem o médico, o dentista ou o enfermeiro.

Mesmo que o hospital responda pelo sistema subjetivo da responsabilidade, ele não está nas mesmas condições da responsabilidade do médico. Por mais que se insinue serem os hospitais regidos pelo princípio da “responsabilidade sem culpa”, em face da presunção de culpabilidade em relação aos seus empregados ou prepostos, o que tem prevalecido é que sua responsabilidade há de ser avaliada no princípio subjetivo da culpa.

Assim, fica entendido que a responsabilidade do hospital, igualmente do médico, impõe uma obrigação de meios e não de resultado. Não se pode, portanto, exigir que no hospital o paciente se cure sempre e que tenha remediadas todas as suas doenças. Sua obrigação é no sentido de oferecer todas as condições e todos os recursos técnicos e terapêuticos disponíveis e necessários.

Quando se confirmar o autor da culpa, deve-se saber seu estado funcional como agente do hospital, a fim de se arguir a responsabilidade civil. Se é servidor com vínculo empregatício, o hospital responde segundo a Súmula 341 do STF: “É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”. Ainda que tenha ele o direito de recesso em relação ao agente faltoso.

Se o agente não tem nenhuma relação profissional e utiliza apenas a instituição nosocomial, a situação é outra. Quanto mais complexa for a relação do agente com o hospital, mais difícil será avaliar a responsabilidade. Em síntese, saber se a responsabilidade é exclusiva do agente sem ligação com a estrutura nosocomial, ou se a responsabilidade é da pessoa jurídica por *culpa in eligendo* na negligência da escolha ou da seleção do funcionário ou preposto. Sob o ponto de vista da responsabilidade civil, fica difícil saber até onde a responsabilidade é do profissional que age por omissão de socorro, por exemplo: se é do agente ou do hospital a responsabilização. Hoje, a tendência é admitir a responsabilidade do hospital quando a culpa é do médico diretor, médico chefe ou médico empregado. O mesmo não se dá quando o médico presta serviço a pedido do paciente, pois apurar-se-á a culpa de cada qual.

Os médicos residentes são os menos vulneráveis à questão da responsabilidade civil, em virtude da sua condição de aprendizagem e pela necessidade da presença obrigatória dos preceptores em seus atos. Ainda assim, não podem deixar de serem diligentes e cuidadosos, sob o risco do ônus da responsabilidade.

A tendência dos atos dolosos com dano moral, como, por exemplo, um estupro de uma paciente por um funcionário, é considerar como da responsabilidade contratual do hospital por *culpa in eligendo* e *in vigilando*. O dano em tais situações é evidente e indispensável, e a responsabilidade do nosocômio é indiscutível.

Entende-se hoje que, se um paciente procura a emergência de um hospital para ser atendido pelo

médico plantonista e este lhe presta socorro, não há que se cogitar se este era ou não assalariado. Assim, estando de alguma forma ligado ao hospital, a instituição responderá pelos danos que seu profissional causar. Esse entendimento está em consonância com a jurisprudência do STJ, que considera que a responsabilidade do hospital é objetiva quanto à atividade de seu profissional plantonista. Dessa forma, fica dispensada a demonstração da culpa do hospital relativamente a atos lesivos decorrentes de culpa de médico integrante se seu corpo clínico no atendimento (Súmula n.º 7/STJ).

Outro ponto discutível nesta questão é o da queda de pacientes do leito hospitalar, vindo ele sofrer danos à vida ou à saúde. O difícil, neste caso, é confirmar se houve ou não *caso fortuito*. Se a causa decorrente de queda era imprevisível e inevitável, ou se foi por ato da vítima ou de terceiro, não há o que se imputar de responsabilidade. O mesmo se verifica quando dos atos praticados de um paciente contra o outro. Aqui, somente quando se tratar de pacientes com transtornos mentais e de conduta, a responsabilidade hospitalar fica mais exposta, em face das cláusulas de incolumidade implícitas nos contratos manicomialis pela *culpa in vigilando*.

O Hospital, na sua relação de trabalho, pode responder também por dano moral que venha a atingir tanto uma pessoa na sua individualidade como no seu grupo de trabalho. Foi assim que decidiu o TRT 3.<sup>a</sup> Região ao julgar uma ação trabalhista em favor de uma enfermeira que denunciou o comportamento abusivo de sua coordenadora que submetia de forma frequente todos os membros da equipe a humilhações, constrangimentos e discriminações, inclusive sobre supostos envolvimento sexuais de enfermeiras e técnicas de enfermagem com outros funcionários.

Para o julgador, ficou demonstrado, de forma inequívoca, a existência do dano moral no tratamento ofensivo dado pela coordenadora aos seus subordinados, ficando claro que ela não sabia lidar com eles, o que ficou demonstrado pelo juízo de valor preconceituoso e denegridor de toda uma classe.

Concluiu também que esta conduta desagregadora e injustificável tumultuou tanto o ambiente de trabalho, o que redundou grave desestruturação coletiva no rendimento hospitalar. E mesmo que a ofensa tenha sido feita de forma coletiva àquela equipe e não diretamente à reclamante, isto não exclui a ilicitude do ato, pois, enquanto indivíduo componente daquela coletividade, ela foi atingida em sua honra subjetiva, de modo a fazer jus à reparação pleiteada. O Hospital foi condenado a pagar uma indenização por danos morais fixada em R\$ 4.000,00, e no apelo ao TRT este deu provimento ao recurso, modificando o valor da indenização para R\$ 25.000,00.

Nas questões ligadas às práticas hemoterápicas, pode-se avaliar a responsabilidade em dois tempos: na coleta e na transfusão do sangue.

Na coleta, é possível surgirem danos ao doador, caso não estivesse ele em condições dessa doação. Mesmo sendo a doação um ato espontâneo e altruísta, ela tem a natureza contratual, e o conteúdo da obrigação é de resultado e não de meios, pois o que se pretende é colher uma relativa quantidade de sangue sem molestar o doador. Por isso, é necessário que ele seja devidamente examinado por médicos, os quais também deveriam estar presentes na coleta.

Na transfusão de sangue, podem surgir também inúmeras consequências danosas para o paciente, capazes de redundarem numa arguição de responsabilidade civil. Complicações essas que vão desde as perturbações imediatas da infusão sanguínea até a transmissão de doenças graves. O controle e a fiscalização da qualidade do sangue são do estado, conforme prevê a Lei n.º 7.649, de 25 de janeiro de 1988. A tendência tem sido aceitar-se a obrigação de resultado nas transfusões de sangue, componentes ou hemoderivados, ficando por isso invertido o ônus da prova, cabendo à instituição provar que não agiu culposamente. No entanto, num caso de extrema complexidade, onde o sangue foi usado como tentativa para salvar uma vida, pode-se considerar que a obrigação era de meio e isentar o caráter culposos.

Após as atribuições constitucionais que outorgam ao Estado controlar, fiscalizar e participar da transfusão de sangue, componentes e derivados, e a Lei n.º 7.649/1988 obrigar o cadastramento dos doadores, assim como a realização de exames de laboratório no sangue coletado, pode-se celebrar com certeza uma melhoria inestimável na prestação desses serviços.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde e sua competência sobre esse setor, verificou-se uma mudança bem significativa na dinâmica da responsabilidade civil por dano ao paciente, quando deixou, em parte, de ser dos médicos, passando essa responsabilidade objetiva para o Estado por deficiência do serviço. Assim, por exemplo, a contaminação do sangue transfundido é sempre do Banco, por meio da pessoa jurídica que o mantém ou o conveniou. E mais: de forma alguma se pode atribuir culpa ao médico que indicou uma transfusão de sangue.

Mesmo assim, não podem ser omitidos os riscos e complicações, apesar do máximo zelo e dos redobrados cuidados na avaliação dos doadores e receptores e dos métodos de coleta e estocagem, maus resultados esses que vão desde as reações hemolíticas até as contaminações do sangue e de seus derivados por malária, hepatite ou AIDS.

Os danos produzidos, geralmente por negligência, nas transfusões de sangue podem ser ressarcidos por meio de ações civis de indenização contra o Estado, baseadas na *culpa in eligendo* ou *in vigilando*. A prática hemoterápica é entendida por muitos como uma obrigação de resultado, por sua indicação precisa e indiscutível a um bom resultado.

Depois da vigência da Lei n.º 8.079, de 11 de setembro de 1990, que instituiu o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, questões como estas ficaram mais claras.

Por fim, não se deve esquecer que o receptor não é o único sujeito aos riscos da transfusão, mas, também, o próprio doador, em decorrência da inaptidão para a doação dessa ou daquela quantidade de sangue, ou por contaminação nas transfusões diretas, embora esporádicas, entre ele e o receptor.

## **10.22. RESPONSABILIDADE CIVIL DOS LABORATÓRIOS E DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

A responsabilidade civil dos laboratórios de patologia clínica, anatomia patológica, bioquímica e congêneres, assim como das clínicas de radiologia e diagnóstico por imagem, sob a visão da maioria dos doutrinadores e da jurisprudência, tem a qualificação de uma obrigação de resultado. Isto é sempre justificado pela exatidão dos resultados que se espera de cada um desses exames, os quais trazem na sua exatidão rumo de cada decisão na prática profissional da saúde.

Há de se considerar que determinados resultados devem ser esperados com precisão, como, por exemplo, os exames de dosagem bioquímica rotineira no sangue ou na urina.

A verdade é que em cada desses setores analisados há situações muito complexas, como, por exemplo, o resultado de exames anatomopatológicos decorrentes de um material indevidamente retirado e enviado à análise (V. Ferreyra, *Daños e prejuicios en el ejercicio de medicina*, Buenos Aires: Mammurabi, 1992).

Vejamos esta decisão:

“Responsabilidade civil – Exame laboratorial – Câncer – Dano moral. Reconhecido no laudo fornecido pelo laboratório a existência de câncer, o que foi comunicado de modo inadequado para as circunstâncias, a paciente tem o direito de ser indenizada pelo dano moral que sofreu até a comprovação do equívoco do primeiro resultado, no qual não se fez nenhuma ressalva ou indicação da necessidade de novos exames. Recurso conhecido e provido” (Superior Tribunal de Justiça, Recurso Especial n.º 241.

Outra situação que tem se verificado não tão raramente é o do resultado “falso positivo” ou “falso negativo” em exames para detecção do vírus HIV e quando existe a recomendação para novo exame, principalmente quando positivo. O Tribunal do Rio Grande do Sul em caso desta natureza não reconheceu no laboratório a obrigação responsabilidade do laboratório, ainda mais quando toda técnica utilizada não mereceu qualquer censura (*apud* Kfoury Neto, *Direito médico: implicações éticas e jurídicas na prática médica*, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009). Diferente, no entanto, quando se comprova a falsa positividade em exame repetido e confirmado. Nisto fica provada a deficiência do laboratório e portanto sua responsabilidade de indenizar.

Assim se vê em:

“Responsabilidade civil do fornecedor pelo fato do serviço – AIDS – Exame laboratorial que apontou falso positivo. A responsabilidade civil dos laboratórios por suposto defeito na prestação de serviços sujeita-se à norma disposta no artigo 14 do CDC, que oferece disciplina específica para o assunto. A noção de defeito na Lei n.º 8.078/1990 está diretamente relacionada à legítima expectativa de segurança do consumidor e, conseqüentemente, aos riscos que razoavelmente se esperam de um serviço. Nessa medida, não se considera defeituoso um exame laboratorial que, embora equivocado, adverte em seu resultado a respeito da necessidade de repeti-lo (...)” (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, 10.<sup>a</sup> Câmara, Apelação Cível n.º 700002399590, Relator Desembargador Luiz Ary Vessini de Lima, j. 06.12.2001).

A 4.<sup>a</sup> Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Goiás emitiu o seguinte Acórdão em caso de erro de Exame em DNA:

Ementa: “Apelação cível. Ação de indenização por danos morais e materiais. Primeiro recurso. Inexistência de cerceamento de defesa. Exame de DNA. Erro no resultado. Ilícito comprovado. Danos morais e materiais demonstrados. Fixação. Segundo Recurso. Juros e Correção Monetária. 1 – Constando dos autos elementos de prova aptos e suficientes a formar a convicção do julgador, inexistente cerceamento do direito de defesa em face do julgamento antecipado da lide. 2 – Comprovada inadequação na informação prestada ao autor/apelado acerca do exame de DNA, acusando não ser ele o pai biológico do menor, resultado este que se comprovou posteriormente errôneo, aflora daí o direito à indenização por dano moral, ante os aborrecimentos e desconfortos por ele sofridos. 3 – A fixação dos danos morais se radica com o prudente arbítrio do julgador, em função das circunstâncias e particularidades da ocorrência, não podendo ser fixado em valor elevado que importe em enriquecimento em causa da parte ofendida, devendo ater-se aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, motivo pelo qual impõe-se a minoração do *quantum* fixado. 4 – Demonstrados nos autos os danos materiais sofridos pela parte autora, correta a sentença que condena o réu ao pagamento da verba indenizatória correspondente. 5 – Os juros de mora incidem a partir da citação válida e a correção monetária a partir do evento danoso. Assim, merece reparo a sentença na parte que considerou como termo inicial para incidência daquela última o ajuizamento da ação. Apelações conhecidas e providas parcialmente”. Apelação cível n.º 103.952-4/188 (200603084146).

No que diz respeito à radiologia e aos demais diagnósticos por imagem, pode-se dizer, *grosso modo*, que os tribunais brasileiros têm decidido no sentido de considerar responsabilidade civil objetiva quando diante de danos produzidos aos pacientes. Assim a obrigação aqui arguida é a de resultado. Afirma Oscar Ivan Prux: “Trazendo para a prática, podem ser listados, exemplificativamente, alguns casos de obrigações de resultado que são contratadas pelos diversos tipos de profissionais liberais. (...) o “radiologista” que contrata a feitura ou análise de uma ultrassonografia ou tomografia

computadorizada” (*A responsabilidade civil do profissional liberal no Código de Defesa do Consumidor*, Belo Horizonte: Del Rey, 1998). Os serviços de radiologia, respondem pelos danos causados por erros dos radiologistas, e outros profissionais, que tenham atividade nestas clínicas.

Segundo Neri (*Responsabilidade civil e penal do médico*, 2. ed., Campinas: LZN, 2006, 1 ): “No que se refere aos radiologistas como também médicos de outras especialidades, que não possuam vínculo trabalhista com estas empresas, os serviços de radiologia poderão não conseguir se eximir, em juízo, da responsabilidade de ressarcir os pacientes que sofrerem dano em virtude das características das atividades profissionais destes nestas empresas de saúde. Isto porque, o preposto, médico radiologista ou não, estará sempre executando atividades com um objetivo específico: realizar exames médicos especializados na área da radiologia oferecidos por estas entidades”.

## **10.23. COMO PROCEDER DIANTE DA ALEGAÇÃO DE ERRO MÉDICO**

Estima-se existirem atualmente tramitando em nossos tribunais cerca de cinco mil processos contra médicos, por alegadas más práticas no exercício profissional. Grande parte deles inclui a arguição de responsabilidade civil. Se não houver 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 absolutamente perfeitos.

Há dois fatos que não podem passar despercebidos numa discussão como essa: primeiro, nem todo mau resultado é sinônimo de erro médico; segundo, não se deve omitir que a má prática médica exista e que os pacientes deixem de ser justamente reparados.

É também importante salientar que a boa prática médica é, sempre e sempre, decorrente de um equilíbrio entre as disponibilidades da técnica e da ciência e a arte do relacionamento médico-paciente. Nem sempre a solicitação de exames de alta complexidade é tudo. Isso não quer dizer que se deva deixar para trás o que existe de mais moderno e apropriado no atendimento às necessidades do paciente. Mas que toda essa “medicina armada”, quando é exercida sem os cuidados de um bom relacionamento profissional – notadamente quando há um resultado adverso –, não evita que o paciente busque compensação nos tribunais.

Com certeza, um paciente que tem no médico um amigo ou no profissional um confidente terá mais compreensão diante de um resultado atípico ou inesperado.

Quando o paciente diz que seu médico “não o vê como pessoa”, isto é um meio-caminho para uma possível alegação de má prática se esse resultado está aquém do desejado.

### **10.23.1. Algumas advertências**

A primeira coisa que não deve ser esquecida pelo médico é a permissão que se passou a chamar de “consentimento esclarecido”. Nesse caso, leva-se em conta o “padrão do médico razoável” – que é o nível de informações daquilo que é comum para os outros médicos; e o “padrão do paciente razoável” – que é a informação capaz de ser entendida e que satisfará as expectativas dos pacientes nas mesmas condições socioculturais.

Desse modo, não é apenas a obtenção da assinatura do paciente, muitas vezes quando este 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. O que se espera é uma explicação do diagnóstico, dos procedimentos planejados, dos potenciais de risco e benefícios, dos

tratamentos alternativos e do resultado esperado. É claro que a melhor forma de ter-se um consentimento correto é através das boas relações que se venham estabelecer numa harmônica convivência médico-paciente.

Entre outros cuidados, frente às possíveis alegações de má prática médica, está a obrigação de o médico registrar os eventos e informar aos pacientes ou seus familiares, toda vez que alguma complicação de tratamento ou da prática propedêutica possa ocorrer.

Se aberto o processo judicial, mesmo que o seu andamento seja demorado, não deve ser negligenciado. A situação de revel é muito comprometedor e desfavorável. Mais: o médico não pode considerar a existência de uma alegação de má prática como sinônimo de incompetência profissional. Nem, por outro lado, deve considerar o processo uma coisa sem importância, devendo ter em todos os casos um procurador legal, sabendo que as coisas do Direito são relativas à especialidade do advogado.

Os depoimentos das testemunhas e dos especialistas são muito importantes e constituem-se em evidências que certamente serão consideradas no julgamento.

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

Lá, também, dá-se muito valor a testemunho dos peritos médicos, levados por ambas as partes e representados por especialistas no assunto em litígio. Ainda que em alguns casos surjam os “peritos profissionais” – que sempre estão testemunhando em tribunais e sejam bastante conhecidos dos juízes e advogados –, em tese, podem eles contribuir decisivamente nos aspectos técnicos da questão, mesmo que o mérito da causa em análise seja da livre convicção do magistrado. Entre nós, eles são chamados de “assistentes técnicos”, agora disciplinados pelas inovações da Lei n.º 8.455, de 24 de agosto de 1992. Excluíram-se desses assessores a suspeição e os impedimentos, a não ser por “evidentes e especiais motivos”; e, durante a audiência de instrução e julgamento, o juiz poderá apenas inquiri-los, optando pelos esclarecimentos diretos.

O pior de tudo é que as possibilidades crescentes de queixas contra má prática 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 subsidiários mais sofisticados e a omissão em procedimentos de alto risco, contribuindo mais e mais para a consolidação da “medicina defensiva”.

Mesmo que seja uma alternativa viável e honesta, a criação dos fundos mutuários coletivos para ressarcimento de dano não contribui para a melhoria das relações médico-paciente nem para a qualidade da assistência médica. Apenas protege os interesses patrimoniais do médico e do cliente, o que, em parte, já é alguma coisa.

### **10.23.2. Afinal, o que se deve fazer?**

Falando sinceramente, não se tem ainda uma “receita” perfeita e acabada para solucionar tais problemas a curto prazo. Os pacientes estão sendo rejeitados, a medicina defensiva dobra seus custos de tratamento e o relacionamento do médico com seu paciente pode transformar-se numa tragédia.

Não será também por meio da criação de leis que tal questão será resolvida, nem com o

protecionismo do chamado “espírito de corpo”. Infelizmente os erros existem e os pacientes não podem ser mais vítimas do que são, em consequência dos danos causados por essa forma de má prática, principalmente quando ela traz o traço indelével da negligência e da imprudência.

Todavia, pode-se afirmar que é muito importante melhorar a relação médico-paciente, pois de um relacionamento afetivo e fraterno dificilmente sai uma demanda judicial. Ela é movida pelo doente ou seus familiares, quase sempre, como uma resposta às hostilidades de uma convivência tumultuada. Depois, fazer ver à sociedade que a saúde não é uma questão exclusiva dos médicos e que 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.

Os médicos também terão de se orientar na profissão como quem exerce um ato político, em favor dos direitos que a cidadania conquistou nas lutas organizadas. Não basta apenas modificar a relação entre o homem e a natureza, mas mudar as relações sociais. O aparelho formador, por seu turno, necessita de reformas profundas e imediatas e saber-se, pelo menos, que tipo de médico nós estamos formando. E buscar ainda as condições necessárias para um ensino público e gratuito de boa qualidade, voltado para as aspirações da hora presente.

Outra inovação advinda de países ditos avançados é o incentivo às equipes de saúde assumirem as falhas que motivaram determinado dano. Tal conduta pode mostrar-se importante como inibidora num percentual bem significativo de demandas judiciais indenizatórias. Assim, vem agindo desde 2001 o Sistema de Saúde da Universidade de Michigan.

É claro que nem sempre é fácil se admitir o erro, principalmente numa profissão em quem não se admite um mau resultado que tenha como origem a negligência e a imprudência. Todavia, verificou-se no exemplo citado uma queda bem acentuada das ações indenizatórias e a diminuição dos conflitos entre as partes.

Há quem admita que a admissão da culpa pode promover mais pendências judiciais e, por isso, a tendência é esconder os erros. Sob o ponto de vista moral, não há o que discutir no que diz respeito à aceitação da responsabilidade pelo mau resultado com pedidos de desculpas e uma possível compensação financeira ao paciente. Não há dúvida de que tal modelo traz de início uma grande rejeição por parte dos médicos, inclusive com o argumento de se estar criando uma “indústria de indenizações” e um estímulo permanente de conflitos, além do temor das punições éticas e legais ao confessarem seus próprios erros, incluindo ainda o desgaste de suas reputações. Isto certamente estimula a ocultação dos erros.

Outros entendem que admitir seus próprios erros estimula uma atitude compreensiva por parte dos pacientes e de seus familiares, criando, desse modo, uma relação de maior confiança e de maior apreço. E mais: que este procedimento seja feito não no sentido de conter uma contestação indenizatória, mas como forma correta de agir em respeito à dignidade de cada cidadão.

## **10.24. MEDIAÇÃO, CONCILIAÇÃO E ARBITRAGEM MÉDICA E DE SAÚDE**

Muitos são os países que já adotam, como método preliminar de avaliação do mau resultado médico e de saúde, a mediação, a conciliação e a arbitragem como pressuposto dos conflitos a resolver em demandas judiciais, por livre disposição das partes.

Por mediação se entende um sistema extrajudicial e alternativo de negociação assistida, de caráter privado e informal, mediante a qual um terceiro imparcial denominado *mediador* ajuda as partes envolvidas em um conflito na tentativa de um acordo.

Na arbitragem, na maioria das vezes criada pelo Poder Público, existe a presença de um árbitro, tem caráter semiformal e decisão em favor de uma das partes.

Na conciliação, que pode ser privada ou pública, o conciliador funciona no sentido de ajustar os ânimos daqueles que se opõem entre si. Seus requisitos são: ato voluntário, existência da boa-fé, negociação assistida e busca de um acordo.

Os que defendem tais modelos asseguram que eles têm muitas vantagens em relação ao procedimento judicial tradicional, pois a transação é um processo inclinado a resolver um conflito fora do contencioso legal, com economia de custos processuais, respeito à confidencialidade e rapidez de resolução. Em suma, um procedimento mais rápido, mais econômico, mais discreto e mais técnico.

Os mediadores, conciliadores e árbitros, portanto, não seriam mandatários das partes, mas pessoas experimentadas e conhecedoras destes conflitos, que tentam um acordo da lide, embora as partes possam não aceitar suas razões e sua arbitragem. Todavia, quando as partes chegam a um acordo, a ata disto resultante é fundamental e decisiva na homologação do magistrado.

Na Argentina existe o Tribunal de Mediação, Conciliação e Arbitragem Médico e de Saúde, sob os auspícios do Tribunal Internacional de Conciliação e Arbitragem do Mercosul (TICAMER), com as funções de prevenção e auxílio nos conflitos na prestação de um serviço médico ou de saúde, desde que seja fundado no acordo das partes.

Estes árbitros, mediadores e conciliadores são escolhidos pelas partes. Hoje, todas as legislações arbitrais modernas impõem a mediação como etapa preliminar do processo. Também, muitos são os contratos que já incluem cláusulas com promissórias e cláusulas de compromisso arbitral que impõem às partes se submeterem à mediação e à conciliação antes de recorrerem à instância judicial.

Na ata a ser firmada desta conciliação, mediação ou arbitragem deve constar: identificação das partes, capacidade que têm de contratar as questões mediadas, nome do conciliador, mediador ou árbitro, estipulação da indenização ou sua isenção.

## 10.25. A PERÍCIA DO ERRO MÉDICO

Certamente a avaliação do erro médico é a mais complexa e delicada tarefa da legisperícia. Os objetivos essenciais dessa avaliação pericial resumem-se em considerar o dano, estabelecer o nexo causal, considerar a existência de concausas, caracterizar as circunstâncias do ato médico, avaliar o estado anterior da vítima e estabelecer o padrão médico-legal. Já os objetivos essenciais desta avaliação pericial resumem-se em considerar o dano, estabelecer o nexo causal ou concausal e avaliar as circunstâncias e os fatores de risco em que se procedeu o ato médico. Nos casos de morte, é imprescindível a prática de uma necropsia cuidadosa, detalhada e cientificamente subsidiada por exames complementares disponíveis e aplicáveis caso a caso, em que se destaque o de natureza anatomopatológica.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, através de seu Parecer-Consulta 19/1999, “somente o Poder Judiciário (magistratura) e os Conselhos Regionais de Medicina têm competência para, firmando o convencimento, julgar – aquele, a existência da culpa, estes, o delito ético que envolve também a ação ou omissão culposas. Sendo assim, ‘exorbita competência’ o médico legista emitir parecer, ainda que por indícios, da existência, ou não, de *negligência*, *imperícia* ou *imprudência* praticadas por médico, pois isto é um julgamento, missão privativa de juiz ou dos Conselhos Regionais de Medicina”.

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

constitutivas do laudo pericial.

Este dano pessoal aqui considerado não é apenas aquele cujo resultado se traduz pela alteração anatômica ou funcional de uma estrutura, mas a qualquer desordem da normalidade individual. Todavia, o Conselho Federal de Medicina, através do Parecer-Consulta CFM n.º 19/1999, recomenda que os peritos “não emitam parecer, ainda que por indícios, da existência de negligência, imperícia ou imprudência, pois isto é um julgamento, missão privativa de juiz ou dos Conselhos de Medicina”. Devem, sim, analisar os resultados, de acordo com os padrões médico-legais voltados para cada pleito requerido, caracterizando o dano e avaliando suas consequências.

### 10.25.1. O nexu causal

A relação entre o dano e a agressão é um pressuposto de ordem técnica imprescindível e, por isso, muitas vezes a natureza do pleito não reside na qualificação ou na quantificação da lesão, mas essencialmente nas condições em que se deu a relação entre o dano e o evento lesivo.

O sentido etimológico da palavra *nexu* é o mesmo que se deve ter em legisperícia sobre o *nexu causal*. Ou seja, uma condição lógica de vínculo, de conexão, de liame ou de eminente coesão entre a ação e o resultado. Logo, não é uma situação de imperiosa certeza ou de um diagnóstico de absoluta precisão. Basta apenas que exista ligação e coerência.

Também não há necessidade que se tenha prova ou testemunho de que o evento alegado tenha existido. Enfim, se o estágio evolutivo da lesão está de acordo com a causa em questão, se este evento é idôneo para produzir tal dano e se não há outra causa aparente, em tese existe um *nexu*.

Entre as teorias da causalidade, a mais aceita é a da *causalidade adequada* (da *decorrência natural e razoável das coisas* ou *do resultado mais provável*). Esta teoria afasta as causas fortuitas e de força maior pelo seu caráter de anormalidade, atipia e imprevisibilidade. Há outras teorias: a *teoria da equivalência das condições* (condição *sine qua non*) e a *teoria da última condição* (verdadeira causa o efeito produzido).

O *nexu* de causalidade é portanto de exclusiva competência médico-legal. Assim, para se estabelecer o *nexu* de causalidade na avaliação do dano corporal é necessário que: *a*) a lesão seja produzida por determinado traumatismo, portanto, que seja real e apropriada àquelas circunstâncias; *b*) a lesão tenha efetivamente uma etiologia traumática; *c*) o local do traumatismo tenha relação com a sede da lesão; *d*) haja relação de temporalidade (um prazo legal e um prazo clínico), ou seja, exista uma coerência entre a idade da lesão e a ocorrência dos fatos; *e*) exista uma lógica anatomoclínica de sinais e sintomas típicos; *f*) haja exclusão da preexistência de danos relativamente ao traumatismo; *g*) inexistam causas estranhas à ação traumática.

### 10.25.2. As concausas

Deve-se entender como *causa* a condição provável, idônea e motivadora do resultado (imputabilidade total). Diferente, pois, da *concausa*, que é uma condição preexistente, concomitante ou superveniente, para que ocorra a ação de um agente ou de uma forma de energia causadora de dano (imputabilidade parcial). Na concausalidade há uma concorrência de causas, algumas delas presentes no traumatismo e outras que sobrevêm a este, quando o dano passa a ser parcialmente responsável pela ação traumática. Destarte, não se deve afastar da avaliação do *nexu* de causalidade o agravamento do estado mórbido anterior (úlceras gastroduodenais), os efeitos traumáticos potencializados por patologias

anteriores (hemofilia) e as perturbações ou patologias por superveniência (tétano).

Há ainda situações, embora raras, em que o trauma não tem nenhuma ação sobre o mal, pois este já se encontrava em um estágio muito avançado para ser agravado (inimputabilidade).

### 10.25.3. Os aspectos circunstanciais do ato médico

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

A verdade é que houve um aumento considerável da demanda dos serviços de saúde com suas mais diferentes deficiências no modo de atender, e isso não recebeu ainda por parte dos responsáveis um tratamento mais sério e mais justo. Não existem condições dignas de trabalho, o salário do médico é aviltante, a deterioração da saúde do povo é cada vez mais alarmante.

Nestes últimos anos, mesmo tendo-se com precisão o diagnóstico do processo saúde/doença do povo brasileiro, pouco se tem feito no sentido de reverter as condições de vida e de saúde da nossa população, principalmente aquela mais vitimada pelas doenças, algumas delas endemias históricas recrudescidas, diretamente vinculadas à pobreza e à miséria.

Assim, o resultado não poderia ser outro: uma qualidade de vida e uma péssima condição de trabalho.

Não quer dizer que tais condições sejam generalizadas e que todos os maus resultados sejam da responsabilidade exclusiva do sistema de saúde. Cabe, portanto, caso a caso, ter-se a devida consciência de onde surgiu o alegado resultado indesejado.

### 10.25.4. O estado anterior do paciente

Há casos em que, na avaliação e na valorização do dano corporal, são importantes o estudo e o registro das condições físicas e psíquicas anteriores do examinado, antes da ofensa recebida.

Assim, deve-se determinar: 1. se o trauma não agravou o estado anterior nem teve influência negativa sobre as consequências daquele; 2. se o estado anterior teve influência negativa sobre as consequências do trauma; 3. se o trauma agravou o estado anterior ou exteriorizou uma patologia latente.

Sem dúvida, a questão da avaliação do dano corporal atual sobre sequelas anteriores antigas; em certos casos, como nas questões cíveis, pode se constituir numa tarefa complexa e difícil.

### 10.25.5. Os padrões médico-legais

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

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

Em princípio, não se deve confundir *corpo da vítima* com *corpo de delito*. O corpo da vítima, agora considerado, tem o sentido apenas antropológico no que se refere à sua identidade. E corpo de delito

como uma metáfora supondo o conjunto de elementos materiais interligados, dos quais se compõem as provas ou vestígios do fato ilícito.

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

Por tratar-se de lesões de natureza culposa, não há necessidade de elaboração e repostas aos quesitos direcionados ao interesse do estudo das lesões de natureza dolosa. Todavia, alguns admitem que a capitulação da natureza das lesões é uma atribuição do juiz, não cabendo ao perito fazer de plano essa distinção. E por isso aconselham responder aos quesitos clássicos constantes dos formulários de laudos de exame de lesão corporal dolosa, embora muitas repartições médico-legais contem com dois modelos: A e B, sendo o primeiro referente às lesões culposas; 5.º) Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; 6.º) Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente. Assim, para a caracterização da quantidade e da qualidade do dano é necessário que se responda sobre as seguintes eventualidades:

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

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

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

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

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

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

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

Os parâmetros desta avaliação devem incidir sobre as seguintes eventualidades:

1.2.1. *Se do dano resultou incapacidade temporária.* Esta incapacidade corresponde a um tempo limitado de inaptidão que vai desde a produção do dano até a recuperação ou a estabilização clínica e

funcional das lesões verificadas. No primeiro caso, há a *cura*. E, no segundo, a *consolidação*. Esta forma de incapacidade pode ser total ou parcial e se traduz pelo tempo necessário para o tratamento clínico, cirúrgico ou reparador, seja em regime hospitalar ou ambulatorial.

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

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

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

1.2.5. *Se do dano resultou prejuízo de afirmação pessoal*. Significa no que alguém foi prejudicado em suas realizações pessoais e é tanto mais grave quanto mais jovem é o indivíduo e quanto mais intensas forem suas atividades de lazer, de dotes artísticos e de capacidade intelectual. Alguns admitem que este parâmetro de avaliação não é da competência pericial, deixando este “*préjudice d’agrément*” para a consideração do magistrado. No entanto admitimos que a escusa da avaliação pericial em tal circunstância é perder uma face muito importante da questão. Deve-se também quantificar este prejuízo através de uma escala de valor que vá de 1 a 5.

1.2.6. *Se do dano resultou prejuízo futuro*. Pode-se aferir também o que se chama de “prejuízo do futuro”, desde que esta avaliação não seja hipotética, mas certa. Assim, no caso de uma criança vítima de um dano por erro médico não é difícil dizer-se dos seus prejuízos e de suas frustrações, do atraso escolar e das perdas na sua formação.

1.2.7. *Se do dano resultou perda de chance*. Na avaliação do dano corporal de natureza civil, dentro dos chamados *danos existenciais*, pode ser considerada pela perícia a *perda de chance* (*perte d’une chance*). É diferente do *prejuízo futuro* (*préjudice d’avenir*), onde o dano é tido como certo, enquanto naquela o prejuízo é tão somente eventual ou hipotético. Um tipo de dano, pois, projetado no futuro.

Esta teoria é muito invocada no campo da responsabilidade médica quando se analisa a “perda de uma chance de cura ou sobrevivência”, desde que se tenha a clareza de sua efetivação futura, que exista a caracterização do nexos causal e que se possa quantificar os danos.

Sendo assim, a perícia pode apontar, até com certa precisão, as razões médico-legais que favoreçam a vítima numa perda de chance real de êxito de obter alguma vantagem.

## 10.26. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA

Diz-se que há *responsabilidade solidária* ou *solidariedade passiva* quando qualquer um dos sujeitos passivos venha responder juntamente com os demais com mesma intensidade em um determinado ato.

Entre os profissionais da saúde este fato tem muita importância pois se pode caracterizar ou não a existência de responsabilidade solidária entre os membros de hospital, clínica, planos de saúde, cooperativa médica, entre outros.

De forma clara enfatiza o Código Civil em seu artigo 932: “São também responsáveis pela reparação civil: (...); III – o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir ou em razão dele”.

Diz ainda o artigo 7.º do Código de Defesa do Consumidor, referente à responsabilidade solidária: “Os direitos previstos neste Código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costume e equidade. Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo”.

Estabelece também o artigo 25: “É vedada a estipulação contratual de cláusula que impossibilite, exonere ou atenua a obrigação de indenizar prevista nesta e nas Seções anteriores. § 1.º Havendo mais de um responsável pela causação do dano, todos responderão solidariamente pela reparação prevista nesta e nas Seções anteriores”.

E mais no artigo 34 deste CDC: “O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos”.

Vejamos algumas situações:

1. *Quando o médico faz parte do corpo clínico do hospital, o estabelecimento de saúde responde pelos danos.* Esta responsabilidade do hospital pode ser vista nas seguintes situações: a) se o médico é empregado do hospital; b) se o médico é credenciado pela instituição para atender a convênios e não tem qualquer vínculo ou relação com o paciente; c) se o médico é profissional autônomo, contratado pelo próprio paciente como seu assistente particular e apenas utiliza o hospital para as atividades profissionais.

Ruy Rosado Aguiar (Responsabilidade civil do médico, *RT* 718/33-53, ago. 1995, p. 41) sobre tal responsabilidade do hospital diante danos causados pelos seus empregados, diz:

“O hospital firma com o paciente internado um contrato hospitalar, assumindo a obrigação de meios consistente em fornecer hospedagem (alojamento, alimentação) e de prestar serviços paramédicos (medicamentos, instalações, instrumentos, pessoal de enfermagem etc.); (...) Pelos atos culposos de médicos que sejam seus empregados, ou de seu pessoal auxiliar, o hospital responde como comitente, na forma do artigo 1.521, III, do CC. (...)”

“Em relação aos médicos que integram o corpo clínico da instituição, não sendo assalariados, é preciso distinguir: se o paciente procurou o hospital e ali foi atendido por integrante do corpo clínico, ainda que não empregado, responde o hospital pelo ato culposos do médico, em solidariedade com este; se o doente procura o médico, e este o encaminha à baixa no hospital, o contrato é com o médico e o hospital não responde pela culpa deste (...). A responsabilidade pela ação do integrante do corpo clínico, na situação primeiramente referida, explica-se porque a responsabilidade por ato de outro, prevista no artigo 1.521, III, do CC (é responsável o patrão, amo ou comitente, por seus empregados, serviçais e preposto), abrange também aquelas situações onde não existe uma relação de emprego, bastando que a pessoa jurídica utilize serviços de outra através de uma relação que gere o estado de subordinação (Orlando Gomes, *Obrigações*, Forense, 1978, p. 362). É o caso do hospital, que para seu funcionamento

necessita do serviço do médico, o qual, por sua vez, fica subordinado, como membro do corpo clínico, aos regulamentos da instituição”.

2. *Quando o médico não tem nenhum vínculo com o hospital e apenas usa suas dependências: o hospital não responde.* Nesta situação “o hospital só é parte legítima para responder pelos danos sofridos por paciente que se submeteu a intervenção cirúrgica em suas dependências, e da qual resultaram sequelas, em razão de erro médico, se o profissional mantiver vínculo de preposição ou integrar a estrutura hospitalar. Médicos que foram escolhidos pelo paciente e que não possuem vinculação com o nosocômio, além do credenciamento para utilização de suas dependências”. Neste caso, o hospital não responde pelo ato danoso do médico (TJRS, AI 70023449812, 24.03.2008). Todavia, há posições contrárias:

“Processual civil. Tutela antecipada. Ação de indenização por danos morais e materiais – Lesão decorrente de cirurgia – Dano físico irreparável – Tratamento psicológico – Pensionamento – Pagamento de prótese – Trocas frequentes – Lesão decorrente de erro médico – Mera locação pelo hospital do espaço e dos equipamentos – Culpa incontestada do estabelecimento – Agravo provido – Unânime. (...) Lastimável a tentativa do hospital de se caracterizar como simples locador de espaços e equipamentos. Sua atividade, frise-se, envolve, também, o fornecimento de pessoal, de medicamentos, de exames, de portaria, de segurança, de higiene e limpeza, de alimentação e outros itens necessários à realização da sua atividade fim, que é a assistência à saúde, de interesse público, como preconizado no artigo 197 da Constituição Federal, e isso mediante remuneração. Resta, pois, incontestada a culpa do hospital, bem como sua legitimidade para figurar no polo passivo da ação, sendo defeso a este tribunal, no momento, analisar as demais questões versadas no recurso, eis que dependentes de provas, a serem produzidas na ação principal” (TJDF, 4.<sup>a</sup> Turma Cível, AGI 20000020035717, Ac. 137648/DF, Rel. Des. Lecir Manoel da Luz, j. 02.04.2001) (g.m.).

Kfoury Neto (*Responsabilidade civil do médico*, 6. ed., São Paulo: RT, 2007) não concorda com essa “extensão desmesurada da responsabilidade dos hospitais”. Segundo ele, se o hospital não prestou nenhum serviço ao paciente, a não ser recebê-lo, e não resultou nenhum dano – sem se configurar defeito do serviço pela instituição –, torna-se inviável, portanto, atribuir-lhe responsabilidade solidária.

Nestes casos, o que se verifica é tão só a responsabilidade do profissional que simplesmente se utilizou das instalações do hospital. Em sendo assim nada mais justo quem exigir-se deste profissional o cumprimento de seus deveres e obrigações de conduta quando do exercício de suas atividades.

3. *Quando da relação cooperativa médica-cooperado: responsabilidade solidária.* Nos danos causados no paciente pelo médico cooperado responde a cooperativa, principalmente tendo em conta a relação de especialistas que esta instituição coloca à disposição dos aderentes de seus planos. Ela passa a ser uma verdadeira fornecedora de serviços de saúde e, portanto, não pode fugir do polo passivo da ação indenizatória. Com muita mais razão se o paciente foi atendido em prédio da cooperativa, por médico em regime de plantão ou de ambulatório e vinculada a tal instituição.

“Responsabilidade civil. Erro médico. UNIMED. Legitimidade. Dever de indenizar. Inocorrência. Tendo sido o autor atendido na sede da cooperativa demandada (UNIMED), em regime de plantão, por médico a ela vinculado, é possível considerá-la como parte legítima para responder por eventual dano sofrido por aquele. No caso concreto, no entanto, ainda que o profissional da medicina não tenha realizado o diagnóstico correto, não houve prejuízo à recuperação do paciente, considerando, inclusive, a prudente recomendação de retorno para atendimento por médico especialista. Preliminar rejeitada. Apelo improvido” (TJRS, 10.<sup>a</sup> Câmara Cível, Apelação Cível n.º 70017627001, Rel. Luiz Ary Vessini de Lima, j. 22.03.2007).

No STJ:

“Civil e processual. Ação de indenização. Erro médico. Cooperativa de assistência de saúde. Legitimidade passiva. CDC, artigos 3.º e 14.

I. A Cooperativa que mantém plano de assistência à saúde é parte legitimada passivamente para ação indenizatória movida por associada em face de erro médico originário de tratamento pós-cirúrgico realizado com médico cooperativado.

II. Recurso especial não conhecido”.

Cooperativa e hospital: ambos respondem.

Tanto o hospital que presta os serviços de saúde como a cooperativa que os contrata respondem solidariamente.

“Responsabilidade civil. Erro médico. Legitimidade. Hospital. Verificação. Dever de indenização. Inocorrência. O hospital que fornece serviço de plantão é parte legítima para figurar no polo passivo de demanda indenizatória promovida em razão de suposto erro médico, ainda que, formalmente, este profissional esteja vinculado apenas ao convênio (UNIMED) e não pertença ao seu quadro funcional. Teoria da aparência, em que o consumidor dos serviços procurou o nosocômio, sendo que o profissional da saúde que o atendeu, embora vinculado ao plano de saúde, utilizou-se de toda a estrutura lá existente. No mérito, entretanto, o médico demonstrou que agiu de modo prudente, sem incidir em qualquer das modalidades culposas (negligência, imprudência ou imperícia), com o que se afasta a responsabilidade do profissional liberal (CDC, artigo 14, § 4.º). Em sendo assim, considera-se que inexistiu defeito na prestação do serviço, com o que se afasta a responsabilidade do hospital (CDC, artigo 14, § 3.º, I). Preliminar acolhida. Apelo parcialmente provido” (TJRS, 10.ª Câmara Cível, Apelação Cível n.º 70017188277, Rel. Luiz Ary Vessini de Lima, j. 08.03.2007).

4. *Quando o médico trabalha em hospital público como empregado ou de forma conveniada. Ao se tratar de médico que trabalha em hospital público, dispõe o artigo 37, § 6.º, da Constituição Federal: “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável, nos casos de dolo ou culpa” e diz o artigo 43 do Código Civil em vigência: “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos de seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo”. A não ser que exista um dos excludentes da responsabilidade: culpa da vítima ou de terceiros, caso fortuito, ausência de nexo causal e força maior.*

Diz Ruy Rosado de Aguiar: “Os hospitais públicos, da União, Estados, Municípios, suas empresas públicas, autarquias e fundações, estão submetidos a um tratamento jurídico diverso, deslocadas suas relações para o âmbito do direito público, especificamente ao direito administrativo, no capítulo que versa sobre a responsabilidade das pessoas de direito público pelos danos que seus servidores, nessa qualidade, causem a terceiros. (...) Adotou-se o princípio da responsabilidade objetiva, cabendo ao Estado o dever de indenizar sempre que demonstrada a existência do fato, praticado por agente do serviço público que, nessa qualidade, causar dano (é a responsabilidade pelo fato do serviço), eximindo-se a Administração, total ou parcialmente, se provar a força maior, o fato necessário ou inevitável da natureza, ou a culpa exclusiva ou concorrente da vítima. (...)”.

Todavia, a jurisprudência não é tão pacífica a este respeito, mesmo que a maioria fique do lado da responsabilidade objetiva.

No STJ:

“1 – A responsabilidade dos hospitais, no que tange à atuação técnico-profissional dos médicos que neles atuam ou a eles sejam ligados por convênio, é subjetiva, ou seja, dependente da comprovação de culpa dos prepostos, presumindo-se a dos preponentes. Nesse sentido são as normas dos artigos 159, 1.521, III, e 1.545 do Código Civil de 1916, e, atualmente, as dos artigos 186 e 951 do novo Código Civil, bem com a súmula 341 – STF (É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto.). 2 – Em razão disso, não se pode dar guarida à tese do acórdão de, arrimado nas provas colhidas, excluir, de modo expresse, a culpa dos médicos e, ao mesmo tempo, admitir a responsabilidade objetiva do hospital, para condená-lo a pagar indenização por morte de paciente. 3 – O artigo 14 do CDC, conforme melhor doutrina, não conflita com essa conclusão, dado que a responsabilidade objetiva, nele prevista para o prestador de serviços, no presente caso, o hospital, circunscreve-se apenas aos serviços única e exclusivamente relacionados com o estabelecimento empresarial propriamente dito, ou seja, aqueles que digam respeito à estada do paciente (internação), instalações, equipamentos, serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia) etc. e não aos serviços técnico-profissionais dos médicos que ali atuam, permanecendo estes na relação subjetiva de preposição (culpa). 4 – Recurso especial conhecido e provido para julgar improcedente o pedido” (STJ, REsp 258.389-SP, Rel. Min. Fernando Gonçalves, DJ 22.8.2005, p. 275).

No Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro:

“(…) Restou decidido ser prescindível, para caracterizar a responsabilidade do fornecedor, nos termos do que estabelece o citado artigo, que tenha ocorrido defeito relativo à prestação do serviço, ou seja, a culpa do preposto do estabelecimento que forneceu o atendimento, notadamente no ramo da atividade médica, que é uma obrigação de meios, não de resultado. Tal fundamento há de ser igualmente aplicado às pessoas jurídicas de direito público no caso específico dos estabelecimentos hospitalares, que são fornecedores de serviços de saúde, que é essencial e constitucionalmente protegido – artigo 198 da CF. Trata-se de direito de todos e dever do Estado, a ser executado pelas empresas públicas ou privadas pelo comando constitucional. (...). A responsabilidade dos hospitais será objetiva somente no que se refere diretamente aos serviços prestados pelo estabelecimento, ou seja, aqueles que digam respeito à internação, às instalações físicas, aos equipamentos, aos serviços auxiliares, como enfermagem, exames, radiologia etc., e não aos serviços profissionais dos médicos que ali atuam ou que prestem serviços ao estabelecimento. Para estes, a responsabilidade será subjetiva, isto é, dependerá da comprovação da culpa no procedimento médico. Assim, o dever de indenizar da entidade empregadora, em princípio, apenas pode ocorrer quando provada a culpa ou o dolo do profissional de saúde, o nexo causal e o dano. (...)” (TJRJ, 5.<sup>a</sup> Câm. Cív., Ap. Cív. n.º 2007.001.49752, Rel. Des. Antonio Saldanha Palheiro).

## **10.27. RESPONSABILIDADE DO PACIENTE OU DE TERCEIROS**

Dentro do universo da responsabilidade médica, seja ela de ordem legal ou ética, há de provar o dano ao paciente, a culpa do profissional e o nexo de causalidade. Todavia, pode ocorrer, mesmo em situações mais raras, que a culpa alegada seja do próprio paciente ou de terceiros.

Sendo assim, registram-se situações em que o resultado adverso do tratamento médico teve como causa o descumprimento às recomendações sobre cuidados ou procedimentos que seriam imprescindíveis e incondicionais para a devida cura, que vão desde uma alta por abandono a uma suspensão precoce de remédios, entre outros.

Não é exagerado dizer-se que, assim como os médicos têm obrigações a cumprir dentro da relação

profissional, o paciente também tem suas obrigações no cumprimento de cuidados com as condutas e prescrições a seguir. Até já se disse que, igual aos médicos, os pacientes têm obrigação de meios, contribuindo para a obtenção de um bom resultado em favor de sua vida e de sua saúde. Ou seja, a obrigação dos pacientes é no sentido de criar as melhores condições possíveis para a cura de suas doenças. É claro que o paciente não pode assumir uma obrigação de resultado.

Na obrigação do paciente, deve-se incluir o fiel cumprimento da prescrição quanto à dosagem, ao horário e ao tempo de medicação, as medidas e cuidados recomendados, a dieta prescrita e a orientação tanto na sua duração como na forma de internamento.

Com esse pensamento, toda vez que o paciente cobrar do médico por um mau resultado deve deixar claro que cumpriu todas as orientações de procedimentos e condutas recomendados e que não teve nenhuma responsabilidade por tal resultado. Por outro lado, quando se culpar o paciente por um resultado atípico ou indesejado, é sempre necessário que se prove o dano, a culpa e o nexo de causa e efeito devidamente comprovado.

Uma das formas de negligência do paciente é a suspensão ou a alteração da prescrição médica ou o abandono dos cuidados e das condutas prescritos, seja por deliberação própria ou por sugestão de terceiros, muitas vezes, diante dos primeiros sinais de melhora.

O elemento mais significativo na avaliação da responsabilidade do paciente ou de terceiros é a comprovação da existência do nexo de causalidade. A existência ou o agravamento de um dano após a realização de um ato médico não é suficiente para se atribuir culpa sua.

Esta relação entre o dano e o ato praticado é um pressuposto de ordem técnica e de imprescindível apreciação médico-pericial. Deve ser uma condição lógica de vínculo, de conexão, de liame ou de eminente coesão entre a ação e o resultado. Mesmo que não seja uma situação de imperiosa certeza ou de um diagnóstico de absoluta precisão, exige-se que existam ligação e coerência. Para se provar que houve culpa do paciente ou de terceiros, é necessário que se prove que a sua ação é a responsável pelo dano surgido ou agravado, pois só assim far-se-á a prova da excludente de responsabilidade do médico.

O Código Civil em vigor, em seu artigo 945, leva em conta a responsabilidade da vítima de erro médico quando diante de uma pretensa indenização: “Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano”.

Desta forma, fica bem evidente que, existindo culpa do paciente, isto será levado em conta na quantificação indenizatória em ação contra médico, sendo esta sua responsabilidade parcial ou total.

Por fim, fica claro que, comprovada a responsabilidade do paciente ou de terceiros, fica o médico demandado isento de reparação dos danos materiais e existenciais. E, se o médico se julgar ofendido pelos danos patrimoniais ou extrapatrimoniais causados pela falsa imputação, acreditamos que tem ele o direito de pleitear uma indenização contra o paciente.

## **10.28. RESPONSABILIDADE TRABALHISTA E RESIDÊNCIA MÉDICA**

A Terceira Turma do Tribunal Superior do Trabalho declarou nula a condenação imposta pela Justiça do Trabalho a uma Clínica de Campinas (SP), em reclamação trabalhista movida por médica residente para o pagamento de bolsa-auxílio. Nesta decisão o argumento foi de que a residência médica é atividade vinculada ao ensino, e não uma relação de trabalho – fora, portanto, da competência da Justiça do Trabalho, definida no artigo 114, inciso I, da Constituição Federal. O Tribunal Regional do Trabalho da 15.<sup>a</sup> Região (Campinas/SP) havia entendido de forma diferente e, por isso, concluiu pela condenação da

clínica ao pagamento de bolsa mensal de residência médica, no valor de R\$ 1.916,45, parcelas vencidas e vincendas, até a conclusão do programa, nos termos do artigo 38 da Resolução n.º 02/2005 e do art. 3.º, § 3.º, da Resolução n.º 3/2007 da Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação.

O Ministro Alberto Luiz Bresciani de Fontan Pereira, relator do recurso, buscou embasamento no artigo 1.º da Lei n.º 6.932, de 1981, que define a residência médica como modalidade de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização. O relator observou que, sendo essa uma atividade vinculada ao ensino, *“não reúne trabalhador à pessoa física ou jurídica que o remunere, essencialmente, pelo serviço prestado, assim recusando a qualificação de relação de trabalho”*.

A Terceira Turma, convencendo-se da incompetência da Justiça do Trabalho para processar e julgar a ação, conheceu do recurso da clínica e determinou o encaminhamento dos autos à Justiça Comum do Estado de São Paulo.

## **10.29. RESPONSABILIDADE DOS BANCOS DE DADOS DE DNA**

Mesmo que não seja da responsabilidade direta do médico, pois esses bancos de dados de DNA sempre fazem parte de uma política de governo, podem ter entre seus operadores profissionais médicos em suas coletas e práticas laboratoriais.

Já circulam em nossas casas legislativas federais alguns desses projetos permitindo armazenar material genético em banco de dados de suspeitos, indiciados ou autores de crimes mais graves e que tenham seu DNA disponibilizado às autoridades que conduzem o Inquérito Policial. Há até quem proponha que não apenas autores de crimes hediondos devam ser submetidos a esse tipo de coleta, pois *“poderia soar discriminatório e muito restritivo”*.

Para muitos, esse projeto é inconstitucional a partir da coerção para se obter aquelas amostras, pois ninguém é obrigado a criar provas contra si mesmo fornecendo, numa investigação criminal que se inicia, material orgânico que possa fazer prova em seu desfavor. Na realidade, a Convenção de Direitos Humanos, conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, em 1969, pontificou em seu artigo 8.º que ninguém é obrigado a *“depor contra si mesmo nem confessar-se culpado”*. A Constituição Federal segue esta mesma linha.

Em tese, o que se discute não é o uso adequado do perfil genético de um indivíduo numa investigação criminal, mas a sua guarda em um banco de dados que permanecerá até terminar o prazo de prescrição do crime atribuído ao identificado. Assim, por exemplo, se alguém foi acusado de crime de homicídio, seu material genético ficará armazenado por, no mínimo, 20 anos.

Como se deve proceder quando o indivíduo alvo deste método de armazenamento não aceitar ou resistir à coleta do material orgânico? Constrangê-lo pela força bruta? Há um dos textos, em parte já aprovado numa das casas legislativas, admitindo que os investigados por crimes violentos ou hediondos sejam *“obrigatoriamente”* identificados por meio da coleta de material genético por meio de *“técnica adequada e indolor”*.

O indivíduo não está obrigado a fornecer provas contra si mesmo, mas, a exemplo da prova de paternidade, tem-se considerado a recusa como uma confissão de culpa. Isto não é de todo correto, pois, em outro tipo de processo, o julgador deve se convencer com outras provas dentro do processo. Não seria nenhum favor se o magistrado viesse a proceder da mesma forma nos casos de paternidade.

Muitos até chegam a propor um banco de dados de DNA para todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros naturalizados ou com visto de permanência em nosso país, mesmo que para tanto se alterassem algumas garantias constitucionais. Isto, para seus defensores, *“traria soluções não só para*

crimes, mas para outros tipos de problema”. E ainda defendem a criação desses bancos de dados com o argumento da possibilidade da identificação de pessoas vítimas de acidentes coletivos e catastróficos. Não se deve esquecer, no entanto, que quanto mais bancos de dados de perfis genéticos forem criados, maiores serão os riscos de violação do sigilo e do uso indevido das informações.

Mesmo que a sociedade venha exigindo das autoridades competentes meios e instrumentos de investigação mais eficientes na luta contra uma delinquência tão assustadora e progressiva, isto não justifica a utilização de meios arbitrários e ilegais que outra coisa não fariam senão aumentar esta mesma violência.

Não se pode dizer também, como quem procura aliviar a consciência, que esta metodologia de armazenamento de dados seja apenas uma leve ofensa ao direito de intimidade de um indivíduo em troca de uma série de ofensas que a sociedade tem sofrido. A criação desses bancos de dados, mesmo com o intuito de inibir e reprimir a criminalidade, por meio de coleta obrigatória, é uma prática que deve ser bem profundamente avaliada, pois pode colidir frontalmente com as liberdades individuais.

Na época da coleta do material genético, quando o indivíduo é ainda suspeito ou indiciado, faz-se com que a norma proposta permita a “punição por prevenção”. E ainda dar a entender ao investigado e à sociedade que as pessoas estão sempre propensas ou na iminência de cometerem outras infrações. Incluir alguém suspeito em um banco de dados de DNA afronta o princípio da presunção da inocência.

Algumas entidades de direitos humanos discordam desta política de retenção de material genético em bancos de dados. Em 2008, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos decidiu por unanimidade que a prática do Reino Unido de manter amostras genéticas de presos invade a privacidade do indivíduo e de sua família e que parte considerável desses suspeitos, no final da apuração, era de pessoas sem qualquer culpa.

Há ainda aqueles que condenam a prática de armazenamento do perfil genético mesmo a partir de amostras biológicas provenientes de provas encontradas no local do delito e que este material venha a ser incorporado a uma base de dados para seu uso em qualquer tipo de investigação.

### **10.30. ALTA HOSPITALAR**

A alta hospitalar é um ato médico de tanta importância quanto os demais no conjunto da atividade deste profissional junto aos seus pacientes. Esta assistência compreende um período de tempo que vai desde a primeira consulta até a tomada de decisão de o paciente continuar seu tratamento em domicílio, ambulatório ou no próprio consultório de seu médico assistente.

O responsável por esta alta deve ser o médico assistente. Acreditamos que, mesmo que o paciente esteja provisoriamente aos cuidados de outro profissional especializado, como, por exemplo, de um intensivista, a alta final é daquele que começou o tratamento, A não ser que ele tenha transferido o paciente para outro colega. Quando internado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), o paciente deve ter um médico responsável, além do intensivista, e cada medida tomada, entre elas a alta, deve ter também sua participação (ver Parecer-Consulta CFM n.º 04/1990).

Deve-se levar em conta ainda que o paciente tem o direito de solicitar sua transferência para outro hospital, cabendo ao médico assistente apenas avaliar suas condições, ponderar essa alta aceitando-a ou advertindo a respeito de sua inconveniência (Código de Ética Médica: *É vedado ao médico: Artigo 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; e Artigo 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas*

*ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte).*

É consenso que o paciente, não estando em perigo de vida ou com risco de agravamento de seu estado quando de sua transferência ou alta, sendo ele maior de idade e tendo plena capacidade de autodeterminar-se, não há o que se opor. Pode exigir dele ou dos familiares um termo de responsabilidade, depois de informações claras sobre possíveis consequências. Deve-se também registrar em prontuário tal ocorrência.

Nos casos de perigo de vida ou sério agravamento das condições do assistido, pode o médico usar os meios moderados e necessários para impedir essa alta. Não se constitui constrangimento ilegal “a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida” (CP, art. 146, § 3.º, I). Tratando-se de menores de idade, deve o hospital notificar tal procedimento ao Conselho Tutelar e ao Juízo da Infância e Juventude que, por certo, tomarão uma decisão que venha atender da melhor forma aos interesses do menor.

Entendemos que a chamada “alta a pedido” tecnicamente não existe, pois, quando o paciente contraria orientação médica, deixando o hospital, deve ser considerado esse gesto como “abandono do tratamento”. E assim deve ser registrado no prontuário. Quando o médico aceita as ponderações do paciente ou de seus familiares, e após avaliação criteriosa der a alta, não há que negar tratar-se de uma “alta médica”. E mais: se a alta é permitida pelo médico, dispensa-se o chamado “termo de responsabilidade”.

Deve ficar bem claro que a finalidade do *consentimento livre e esclarecido* tem como proposta a proteção dos direitos de cidadania do paciente e jamais para ser utilizado como meio de suprimir a responsabilidade do médico ou do hospital. No Parecer-Consulta CFM n.º 30/2000, sobre “consentimento pós-informado” (documento assinado pelo paciente ou seus responsáveis legais, consentindo ao médico a realização de determinado procedimento ou conduta após haver recebido informações), o Conselho Federal de Medicina mantém uma postura respeitosa e compreensiva com os médicos e sociedades de especialidade que adotem o consentimento pós-informado, mas não recomenda o seu uso como norma.

Por outro lado, certos termos de responsabilidade exigidos no momento da internação por alguns hospitais, em que o paciente ou seus familiares atestam anuência aos riscos dos procedimentos que venham a ser realizados durante sua permanência nosocomial, não têm nenhum valor ético ou legal. E, se tal documento foi exigido como condição imposta para o internamento, numa hora tão grave e desesperada, até que se prove o contrário, isso é uma indisfarçável coação.

No que se refere ao consentimento livre e esclarecido, duas coisas devem ficar bem claras quando da avaliação judicial: 1. o consentimento esclarecido não suprime nem ameniza a culpa médica por negligência ou imprudência; 2. o que verdadeiramente legitima o ato médico não é apenas sua indiscutível, imediata e inadiável intervenção. Em suma: entender que, mesmo tendo o médico um termo de responsabilidade escrito, isto, por si só, não o exime de responsabilidade, se provados a culpa e o dano em determinada alta.

A questão do consentimento livre e esclarecido *entre os médicos* é um fato que está bem equacionado no que diz respeito a nossas normas deontológicas, a partir do Código de Ética Médica e dos pertinentes Pareceres e Resoluções do Conselho Federal de Medicina. Todavia, não há uma regulamentação específica em nosso sistema jurídico. No que diz respeito à ordem jurídica, ele é visto como uma manifestação da vontade e da livre concordância entre as partes de uma relação, ou seja, a autonomia que têm as partes nas relações jurídico-privadas que caracterizam um contrato.

Para alguns, se não existir nexo causal entre o dano e a falta de obtenção do consentimento

esclarecido, inexistente a responsabilidade. Entendem que a não advertência ao paciente sobre possíveis riscos numa conduta médica só pode ser entendida como de relevante importância se ficar provado que a omissão de informações poderia ter evitado um determinado dano.

No entanto, há registro em nossa jurisprudência que médicos foram condenados em ações civis por não terem informado aos seus pacientes os riscos de uma conduta ou de uma intervenção médica mesmo que não tenha se verificado nenhum dano. O paciente seria reparado não pelos danos físicos ou psíquicos, mas pela ofensa a sua autonomia quando omitidas as devidas informações. Por exemplo: deixar o médico de informar ao paciente sobre condutas a serem seguidas pelo próprio paciente. Assim ocorreu quando o Tribunal de Justiça de Minas Gerais condenou um hospital e um médico a indenizarem, solidariamente, uma paciente pelo fato de não ter sido informada sobre a possibilidade de poder engravidar após cirurgia de laqueadura de trompas, mesmo sem ter engravidado.

O relator do processo no Tribunal deixou claro que a condenação “não decorreu de erro no procedimento cirúrgico adotado pelo médico quando da laqueadura das trompas da paciente, mas sim do fato de que o profissional não esclareceu a ela que haveria possibilidade de engravidar novamente, mesmo que minimamente, denotando a existência de falha no dever de informação associado à atividade do profissional” (TJMG, 11.<sup>a</sup> Câmara Cível, Número do processo: 1.0431.06.030997-5/001(1), Relator Afrânio Vilela).

## 10.31. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIASOLA, G. Secreto médico, encubrimiento y omisión de denuncia. Montevideo: Carlos Álvarez Ed., 2008.
- AGUIAR DIAS, J. Cláusula de não indenizar. Rio de Janeiro: Forense, 1976.
- \_\_\_\_\_. Da responsabilidade civil. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1973. 2 v.
- ALBANESE, S. Casos médicos. Buenos Aires: La Rocca, 1994.
- ALCÂNTARA, H. R. Deontologia e diceologia. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade médica. Rio de Janeiro: José Konfino, 1971.
- ALTERINI, A. Responsabilidad civil. 2. ed. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1995.
- AMARAL, J. P. A responsabilidade profissional dos médicos e enfermeiros. Coimbra: Ed. do autor, 1983.
- ANDRADE, M. C. Direito penal médico. Coimbra: Coimbra Ed., 2004.
- ANUNZIAT, L. El conflicto en la relación médico-paciente. San Isidro: Centro Norte, 2001.
- ASSIS, A. O. Compêndio de seguro social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1963.
- AVECONE, P. La responsabilidad penal del médico. Padova: Francesco Villari, 1981.
- BARROS JR., E. A. A responsabilidade civil do médico: uma abordagem constitucional. São Paulo: Atlas, 2007.
- BENJAMIN, A. H. V. et al. Comentários ao Código de Proteção ao Consumidor. São Paulo: Saraiva, 1991.
- BOUZON, E. O Código de Hammurabi. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BROUARDELL, P. La responsabilité médicale. Paris: Librairie J. B. Bailière et Fils, 1982.
- BUERES, A. J. Derecho de daños. Buenos Aires: Hamurabi, 2001.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidad civil de los médicos. 2. ed. Buenos Aires: Hamurabi, 1994.
- \_\_\_\_\_; ZAFFARONI, E. R. Responsabilidad médica: aspectos civiles e penales. Buenos Aires: Hamurabi, 2000.
- CARVALHAES, C. C. J.; PETRONI, P. M. C. Medicina e direito: responsabilidade civil do médico. São Paulo: Biosintética, 1998. v. 1 e 2.
- CASABONA, C. M. R. El medico ante el derecho. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- CASTELO BRANCO, E. Do seguro obrigatório de responsabilidade civil. Rio de Janeiro: Ed. Jurídica e Universitária, 1971.
- CECHINE, A. L. Ética en medicina. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
- CHAIA, R. A. Responsabilidad penal médica. Buenos Aires: Hamurabi, 2006.
- FERREYRA, V. R. Prueba de la culpa médica. Buenos Aires: Hamurabi, 1993.
- FRANÇA, G. V. Aspectos atuais da responsabilidade médica. JAMB, São Paulo, ano XIV, n. 590, 1972.
- \_\_\_\_\_. A um novel cirurgião. Residência Médica, v. 16, n. 1/3, mar. 1981.
- \_\_\_\_\_. Código de Ética do estudante de medicina. Residência Médica, v. 6, n. 9, nov. 1977.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Direitos sobre o corpo à luz da Ética e da Lei. O Médico Moderno, São Paulo, v. 14, n. 1, abr. 1974.

- \_\_\_\_\_. Erro médico – um enfoque político. Arq. Cons. Region. Med. do PR, v. 7, n. 27, jul.-set. 1990.
- \_\_\_\_\_. Esquecimento de corpo estranho em cirurgia. Residência Médica, v. 5, n. 9, set. 1978.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (I). João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (II). Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1983.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IX). João Pessoa: Editora Universitária, 2008.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (X). João Pessoa: Editora Universitária, 2010.
- \_\_\_\_\_. Imperícia médica. JAMB, São Paulo, ano XIV, n. 601, 1972.
- \_\_\_\_\_. Medicina legal. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade funcional do estudante. JAMB, São Paulo, ano XVII, nº 776, 1975.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade legal do anestesiológico. Residência Médica, v. 8, n. 10, out. 1979.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade médica derivada. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, Córdoba, ano XXXV, n. 1, ene.-mar. 1977.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade civil do médico. ANGO, Recife, v. 12, n. 4, jan.-fev. 1979.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade médica em pediatria. Residência Médica, v. 5, n. 9, set. 1976.
- \_\_\_\_\_. Você está imune de culpa por imperícia?. O Médico Moderno, v. 14, n. 2, maio 1974.
- FREIRE. A responsabilidade civil na área da saúde privada. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2007.
- GALÁN CORTÉS, J. C. Responsabilidad civil médica. Madrid: Aranzadi, 2005.
- GARAY, O. E. Responsabilidad civil médica. Montevideo: Ad Hoc, 2008.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidad médica e consentimiento informado. Madrid: Civitas, 2001.
- \_\_\_\_\_. Tratado de la responsabilidad civil en las especialidades médicas. Buenos Aires: Errepar, 2009.
- GOMES, J. C. M.; DRUMOND, J. G. F.; FRANÇA, G. V. Erro médico: suas causas e consequências. 2. ed. Montes Claros: Edmontes, 2000.
- GONÇALVES, C. A responsabilidade civil médica: um problema para além da culpa. Coimbra: Coimbra Ed., 2008.
- GUSMÃO JÚNIOR, A. G. Indenização nos acidentes pessoais. 3. ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1958.
- HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1962.
- JARAMILLO, J. T. Sobre la prueba de la culpa médica. Medellín: Biblioteca Jurídica Dike, 2001.
- JESUS, D. E. Direito penal. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- JORNET, J. Malpraxis: aspectos legales en la relación médico-paciente. Barcelona: Ancora, 1996.
- KFOURI NETO, M. Responsabilidade civil do médico. 2. ed. São Paulo: RT, 1996.
- \_\_\_\_\_. Culpa médica e ônus da prova. São Paulo: RT, 2001.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade civil dos hospitais. São Paulo: RT, 2010.
- LOPEZ-MUÑOZ; LARRAZ, G. En defensa del paciente. Madrid: Dikyson, 1998.
- \_\_\_\_\_. Defensas en las negligencias médicas. Madrid: Dikyson, 1991.
- LORENZETTI, R. L. Responsabilidad civil de los médicos. Buenos Aires: Editorial Colofón/Rubinzal, 2004.
- MAGALHÃES, T. A. L. O dano estético. São Paulo: RT, 1980.
- MIRABETE, J. F. Manual de direito penal. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- \_\_\_\_\_. Processo penal. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MORAES, I. N. Erro médico e a justiça. 5. ed. São Paulo: RT, 2005.
- NEMEZ, L. C.; DALMARCO, A.; ANTUNES, P. R. P.; SILVA, T. S. Estudos e pareceres de direito médico. Florianópolis: Conceito Editorial, 2008.
- OLIVEIRA, M. M. R. Responsabilidade civil dos médicos. Curitiba: Juruá, 2007.
- PENASCO, W. L. A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- PACIONIK, M. Erros médicos. Curitiba: Artesanal, 1982.
- PADUA, A. R. M. Responsabilidade civil na reprodução assistida. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- PEREIRA, A. G. D. O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Ed., 2004.
- PRADO, P. E. Medicina legal e deontologia médica. São Paulo: Juriscred, 1972.
- RESTREPO, M. P. C. El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Santa Fé de Bogotá: Temis, 1997.
- ROCHA, C. R. C. A responsabilidade civil decorrente do contrato de serviços médicos. Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- RODRIGUES, M. S. V. S. L. ABC do processo penal. 6. ed. São Paulo: RT, 1986.
- ROMEIRO, V. R. Legislação médica. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ROSÁRIO, G. C. M. A perda da chance de cura na responsabilidade civil médica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- ROVIRA, GB. Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos. Montevideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SEBASTIÃO, J. Responsabilidade médica civil, criminal e ética. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- SOARES, F. P. Responsabilidade civil por dano existencial. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.
- SOTO, R. A. El seguro de la culpa. Madrid: Montecorvo, 1977.

SPORKEN, P. Medicina y ética en discusión. 2. ed. Santiago: Verbo Divino, 1982.

SPROVIERO, Juan H. Mala Práxis: protección jurídica del médico. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1994.

SZAFIR, D. e SILVA, C. Error quirúrgico inexcusable, a quien demandar?, Montevideo: FCU, 1998.

TEIXEIRA, J. Notas jurídicas sobre o prontuário do paciente. São Paulo: Pró-Saúde, 2007.

TEIXEIRA, S. F. (Coord.). Direito e medicina. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. (Obra coletiva.)

URRUTIA, A. R.; URRUTIA, D. M.; URRUTIA, C. A.; e URRUTIA, D. A. Responsabilidad médico-legal de los anestésistas. Buenos Aires: La Roca, 2005.

\_\_\_\_\_. Responsabilidad médico-legal de los obstetras. Buenos Aires: La Roca, 2003.

\_\_\_\_\_. Responsabilidad médico-legal de los traumatólogos. Buenos Aires: La Roca, 1995.

VAGUEZ, R. A. Responsabilidade por atos médicos: problemas de prueba. Madrid: Civitas, 1999.

VERÇOSA, H. M. D. A proteção do consumidor. Revista de Direito Mercantil, v. 75, jul.-set. 1989.

VIEIRA S. N.; QUINTERO, J. A. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil. Lisboa: Biblioteca Seguros, 2008.

VIEIRA, L. C. Responsabilidade civil médica e seguro. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

ZUCCHERINO, R. M. La práxis médica en la actualidad. Buenos Aires: De Palma, 1994.

## CIRURGIA PLÁSTICA

**Sumário:** 11.1. Introdução. 11.2. Aspectos éticos e jurídicos. 11.3. Cirurgia plástica: obrigação de meios ou de resultado? 11.4. Cirurgia da transexualidade. 11.5. Cirurgia plástica nos Tribunais. 11.6. Referências bibliográficas.

### Código Penal

Art. 18. Diz-se o crime: (...)

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Art. 132. Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente: Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

### Código Civil

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 951. O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

### Código de Ética Médica

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa

contra sua dignidade e integridade.

*É direito do médico:*

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

*É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2.º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3.º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4.º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5.º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6.º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

## 11.1. INTRODUÇÃO

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 caso a caso e sempre em favor do paciente. Para tanto, leva-se em conta seu estado físico e 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 isso a cirurgia plástica, em algumas vezes denominada reconstrutora, reparadora ou corretiva, é de indiscutível legitimidade e da mais insuspeita necessidade quando seu objetivo se destina a corrigir condições deformadoras congênitas 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 diluído 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.

O mesmo não ocorre quando se trata de uma forma de cirurgia estética chamada cosmética (*cosmetic surgery*), que não visa a nenhuma ação curativa, revelando-se quase sempre de prática duvidosa e cercada de certa ambiguidade, 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. Dessa 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.

## 11.2. ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS

A cirurgia estética desenfreada que chamamos de *cosmética* não visa a nenhuma ação curativa, revelando-se, quase sempre, prática duvidosa, estando, pois, fora do âmbito da Medicina, podendo ser considerada ilícita à luz da ética e da lei. Sendo assim, constitui-se num delito de exercício ilegal da medicina, pois não está amparada por uma necessidade terapêutica.

O nosso Código Penal vigente é claro em seu art. 132: “Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente: Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave”. É o delito de periclitção da vida e da saúde.

Ninguém de bom senso pode negar a necessidade cada vez mais crescente da cirurgia plástica. Nem por isso somos forçados a aceitar uma forma de especialização escamoteada num ramo legítimo da cirurgia geral, que se constitui, em grande parte, de interesses nem sempre lícitos e confessáveis.

Tem-se dito que o novo conceito de saúde é aquele adotado pela OMS, como sendo “um estado de bem-estar físico, social e mental”. Nisso não se quer, nem o quis a OMS, assegurar a prática de certos exageros que afrontam os postulados que norteiam a profissão médica, e que a têm mantido no respeito e na admiração de todos. Infelizmente, a OMS esqueceu-se apenas do “bem-estar moral”, pois o homem é, em suma, um ser que possui o sentimento moral. Este sentido é que permite ao homem ter dignidade ou, pelo menos, conhecer o seu estado eventual de indignidade.

As normas gerais só se tornam definidas quando trazidas do plano abstrato para uma realidade concreta. O que as torna justas é a sua aplicação ao caso particular, procurando-se um meio de não sacrificar o justo, a fim de que os fatos não entrem em conflito com as normas.

Não se pode negar que o notável desenvolvimento da técnica e da ciência e as necessidades do indivíduo na coletividade nos levam a questões de solução terrivelmente difícil. No entanto, não estamos autorizados a certas aberturas mais ousadas, pois há princípios já consagrados pela tradição e pelos costumes. Devem essas situações novas ser desbastadas aqui e ali, pois, por maiores que sejam o estágio de desenvolvimento e as necessidades reais de um indivíduo numa sociedade, jamais poderão prescindir dos conceitos da moral. Embora surjam cada dia tais situações, há princípios que são eternos, e, entre eles, o de que os fins não justificam os meios.

Assim, a posse de um diploma universitário ou de um título de especialista, mesmo que para isso se exijam outras aptidões que nem sempre são encontradas em todos os médicos, dá ao seu titular apenas uma presunção de capacidade. Será pelo exercício lícito e moral da profissão que cada um provará sua idoneidade. Portanto, não é certa a idoneidade que se atribui através de um título, mas simplesmente presumida.

A autorização do exercício profissional não é ilimitada. A extrapolação do limite de sua ação constitui-se num abuso de direito, e se esse direito não é exercido dentro de sua esfera legal, é ele exorbitante, diferente, pois, daqueles que a lei estabelece.

A cosmetologia cirúrgica, que não visa a nenhuma ação curativa nem a uma necessidade terapêutica, mas à tola pretensão de uns e à inescrupulosidade de outros, além de constituir um exercício ilegal da medicina, representa uma conduta ilícita que fere frontalmente os postulados ético-jurídicos.

Outro fato que não pode passar despercebido por aqueles que impunemente praticam a cosmetologia cirúrgica é o de que os tribunais se têm mostrado muito exigentes diante dos insucessos de tais operações; pois, nesta forma de contrato, os pacientes estão interessados numa obrigação de *resultado*, e quando este não é conseguido surgem sérias imputações penais e pesadas responsabilidades civis. É que o sucesso é o único resultado almejado, e aí está o que diferencia estas intervenções dos outros ramos da cirurgia, os quais estão alicerçados no interesse imediato de, muitas vezes, salvar uma vida. Chega-se à conclusão de que jamais poderá haver fracasso naquelas operações.

Teresa Ancona Magalhães sobre isso diz que, “na verdade, quando alguém, que está muito 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” (*O dano estético*, São Paulo: RT, 1980).

A responsabilidade civil é ilimitada e, no campo da cirurgia estética, assume maiores proporções. Não se pretende atribuir ao médico a infalibilidade, mas sim que ele proceda segundo as regras de sua arte e de sua ciência, visando à saúde e à dignidade do paciente, dentro dos postulados consagrados pela lei e pelos costumes.

O consentimento do paciente não pode, é claro, afastar o caráter criminoso de um fato. Os interesses protegidos pela lei são essenciais a todas as pessoas. Possuem um valor moral e social, superando os próprios interesses particulares. A licitude ou a não licitude do ato humano não pode ficar na dependência de cada indivíduo.

Cabe, portanto, repetir mais uma vez a diferença entre a cirurgia reparadora, lícita e necessária, de valor indiscutível e incluída entre os direitos profissionais do médico, e a cirurgia cosmetológica, fora do âmbito da verdadeira Medicina, e que tem por base interesses escusos de quem a procura, e objetivos nem sempre confessáveis de quem a realiza. Uma é de indiscutível valor humanitário; a outra está fora do âmbito da verdadeira Medicina. Não há razão para confundi-las, pois são dois conceitos distintos, duas maneiras diferentes de agir.

Por outro lado, é conhecido que a medicina deve revestir-se sempre de caráter social e nunca servir a interesses escusos de quem a procura, insinuando, muitas vezes, aquilo que acha melhor e mais conveniente. A Medicina, como ciência, deve ter suas diretrizes e normas de conduta próprias. O médico é quem sabe o que é melhor para seu paciente. O consultório de um médico não é simplesmente um balcão de comércio onde alguém pode o que quer.

O Código de Ética Médica, de forma enfática, assevera em seu artigo 14: “É vedado ao médico: praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País”. Portanto, é preciso saber distinguir o que é necessário e fundamental aos interesses da saúde do paciente e o que se pode considerar apenas como especulação de um e coisa supérflua de outro. O antigo Código de Ética Médica que teve vigência até 1984 era ainda mais enfático quando afirmava em seu artigo 51: “São lícitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido seja fator de desajustamento psíquico”.

Por fim, vale recomendar aos cirurgiões plásticos comunicar aos órgãos de identificação civil a identidade de todos os seus pacientes submetidos à cirurgia facial, bem como a fazer a descrição minuciosa da operação, no prazo de 72 horas, no máximo, a contar da recuperação do operado.

Não se deve atribuir esse fato ao intuito de evitar que criminosos se aproveitem da cirurgia facial para mudar de rosto, escapando assim à ação da lei, mas, tão somente, de atender às necessidades da cédula de identificação civil.

### **11.3. 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.

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 o 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 um 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 ideia que tem prevalecido. O contrário seria conspirar contra a lógica dos fatos.

Entretanto, em face de 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 ideia, 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.

Kfoury 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 a os médicos a estabelecerem a certeza de que não atuaram com culpa”.

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 a 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 é sem contraindicações. 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 aos métodos usados ou à técnica escolhida.

Nos casos de maus resultados, em que se procure comprovar um erro médico, o que se deve considerar, antes de qualquer coisa, além do nexa 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.

A verdade é que tal entendimento se planta no fato de que “quando alguém, que esta 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”.

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”.

Há outra corrente que recusa a ideia 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.

Todavia, a maioria ainda considera a situação de duas formas: 1. Na cirurgia plástica reparadora ou reconstrutora o médico tem obrigação de meios e está subordinado, como qualquer outro, ao disposto no artigo 186 do Código Civil brasileiro, respondendo pelo ato de que possa resultar dano por imperícia, imprudência ou negligência. 2. Na cirurgia estética o cirurgião tem obrigações de resultado e não de

meios, e o profissional está empenhado em proporcionar-lhe o resultado almejado, e, se não tem condições de conseguilo, não realizar a cirurgia.

Esta severidade dos tribunais se revela nos casos de mau resultado em cirurgia estética 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 à 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 deformidade de outra cirurgia plástica é uma intervenção reparadora e por isso sua obrigação é de meio e não de resultado.

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 *onus 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.

#### **11.4. CIRURGIA DA TRANSEXUALIDADE**

É inegável a licitude da cirurgia reparadora nos estados intersexuais. Essa conduta é indiscutível e, algumas vezes, necessariamente imprescindível. Merecedoras também da mesma consideração deveriam ser determinadas malformações graves, com ou sem características do intersexo, porém com a evidente impossibilidade de manter o indivíduo na sua real situação sexual. Em princípio, seria ideal ele ser orientado, sempre que possível, pelo seu sexo somático.

Um recém-nascido com sexualidade dúbia e presença de cromatina sexual deveria ser educado como sendo do sexo feminino.

Nos sexuais cromatino-negativos, é conveniente a escolha do sexo masculino, a menos que a deformidade seja tão séria a ponto de o corretivo mostrar-se supérfluo.

Quando os genitais externos não puderem ser diferenciados, atribuir-se-á a sexualidade feminina, ensejando assim respeito à sua intimidade. Se os genitais externos têm ampla predominância masculina, deve o intersexual ser designado homem, sem se levar em consideração o sexo cromático. De raro, uma pessoa conduzida para um sexo opina pelo oposto; a não ser que exista uma incompatibilidade grosseira ou graves indícios de uma “síndrome de psicopatia sexual”.

Quanto mais cedo for realizada a cirurgia reparadora maiores serão as oportunidades de adaptação sociopsicossexual, e melhores os resultados técnicos.

Fato completamente diverso é o da cirurgia do transexualismo. Aqui o próprio indivíduo está inconformado com seu estado sexual. Em algumas situações, não admite a prática homossexual. Não obstante, seu pensamento se volta para uma adaptação ao sexo contrário, atitude que ele reputa válida. A

mudança do estado sexual, nessas circunstâncias, não deixa de ser uma forma mascarada de homossexualismo. Usar de tal comportamento, em favor do transexual, seria admitir como lícita a mutilação genital de um portador de transtorno da identidade sexual, apenas para justificar um erro de convivência e uma anormalidade sexual. Dever-se-ia, isto sim, conduzi-lo ao tratamento necessário, reservando a cirurgia reparadora para aqueles aos quais a natureza do sexo não está meridianamente clara.

Não se pode chamar de cirurgia corretora o ato operatório num transexual, seja qual for a cromatina sexual do paciente. Esse procedimento é, sob todos os títulos, uma mutilação.

Castração e emasculação não se constituirão numa forma lícita e honesta de intervenção; porém, numa simples conivência com a homossexualidade.

Existe, entre uma cirurgia praticada num intersexual e outra feita num transexual, uma profunda e nítida diferença: a primeira de indiscutível valor e amparada pelos mais legítimos direitos da profissão médica; a segunda, fora do âmbito da Medicina e com uma pretensão grosseira de simular um ato moral.

É claro que o mero consentimento do transexual não legitimaria o feito. Os interesses protegidos pelo estado são imprescindíveis a todos os indivíduos. A liceidade ou não de um ato humano jamais poderia ficar adstrita à interpretação e à comodidade de cada um.

Werner Rosembery lembrava: “Há operações contudo que ninguém tem o direito de realizar, nem mesmo a pedido do paciente, porque a lei se impõe ao médico e a autorização do interessado não dispensa do dever de cumpri-la” (*apud* Leonídio Ribeiro, *O novo Código Penal e a medicina legal*, Rio de Janeiro: Livraria Jacintho, 1942).

Castrar e emasculiar um homossexual, querendo valer-se de um suposto “sexo psicossocial”, parece-nos, à primeira vista, um método simplista de resolver uma situação complexa que deita suas raízes num psiquismo perturbado.

Tomar uma mulher, e nela praticar a mastectomia, a pan-histerectomia e ministrar-lhe uma rigorosa terapêutica hormonal, ao que nos acode não é uma forma lícita e natural de conduta.

De ordinário, no entanto, o que se faz é puramente a emasculação e castração, com aproveitamento de retalhos de pele do pênis e saco escrotal para a confecção de uma aparente genitália feminina. Essa prática nada mais representa que um singelo canal revestido de tegumento em comunicação com o reto. Em última análise, tal conduta significa uma rude mutilação e uma disfarçada oficialização para uma pseudo-heterossexualidade, que – sob qualquer pretexto – tem uma representação de homossexualismo.

Há condutas que não sevolvem a nenhuma ação terapêutica, mas a caprichos de uns e inescrupulosidade de outros.

É notório e sabido o fato de que as sociedades modernas ditam uma profunda revolução nas ideias e nos costumes, e que a consciência social de hoje começa a insinuar um desprezo a certas regras de Moral, algumas das quais, queremos crer, inconciliáveis com a realidade atual. Contudo, o homem não pode rebelar-se contra a moral mínima. É ela tão indispensável quanto os mais elementares meios materiais da subsistência humana.

A própria Medicina contemporânea vem enfrentando alguns impasses em que as fórmulas tradicionais nem sempre asseguram a certeza de uma tomada de posição. Vão se estruturando de acordo com uma necessidade que constantemente está em franca evolução. Há, entretanto, uma verdade que não muda: os meios nem sempre justificam os fins. A dignidade da pessoa humana imprime respeito. Impõe-se-lhe, inclusive, a necessidade da preservação de certos valores que o bom senso consagrou como úteis e fundamentais, cabendo à nossa consciência moral saber aplicar esses valores no mundo dos deveres e das obrigações. O que “é” e o que “deve ser” são, portanto, os padrões éticos e jurídicos da civilização a

que pertencemos, a fim de que a natureza humana jamais chegue a desvirtuar-se.

Há, por conseguinte, a premência de uma disciplina ético-sexual, no sentido de resguardar alguns valores, expostos, não esporadicamente, à falta de escrúpulo de alguns.

*Aspectos ético-legais.* A cirurgia mutiladora da transexualidade, destituída de qualquer ação curativa, escapa à órbita da ciência hipocrática, sendo, sob todos os aspectos, uma ilicitude, em face dos dispositivos do Código de Ética Médica, em seu artigo 14, o qual preceitua: “É vedado ao médico: praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País”.

Porém, sendo a cirurgia transexual um ato que incide sobre os genitais, mutilando-os, constituiria ela uma infração criminosa, que a legislação brasileira expressou no art. 129 da lei penal substantiva, no que se refere às *Lesões Corporais*. Como na questão em tela resultam das lesões “perda ou inutilização de membro, sentido ou função”, e “deformidade permanente”, configura-se uma ofensa física de natureza gravíssima, sancionada com a pena de 2 a 8 anos de reclusão. Pena essa aplicável a todos os que concorrem para o ato, como coautores, pois nosso diploma legal assim se expressa: “Quem de qualquer modo concorre para o crime incide nas penas a este cominadas”.

Não poderia ser diferentemente. A emasculação e a castração, além de resultarem em deformidades permanentes, motivadas pela amputação dos genitais, levam à perda da função genésica e sexual, mesmo em se tratando de um homossexual confesso, mas capaz de encontrar solução num tratamento especializado.

Argumenta-se que em tais situações não existe o dolo, pois o ato médico em si não pode ser rotulado como uma ação antijurídica. Todavia, o dolo não estaria no ato nem no pretense resultado, mas na consciência de outro resultado que traria consequências nocivas e comprometedoras para o paciente. Sabendo o cirurgião que se trata de operação condenável, contrária aos princípios éticos da Medicina e aos padrões da sociedade, é dolo. A prática consciente de um ato lesivo, desnecessário e ilegal é crime. Não é intervenção cirúrgica mas mutilação.

O delito de *Periclitação da Vida e da Saúde* ajusta-se perfeitamente a essa situação. Não tendo a operação um caráter curativo, mas eminentemente o fim de mutilar um psicopata, arrastando-o aos riscos cirúrgicos, anestésicos e pós-operatórios, é óbvio que a infração se configura. É o que estatui o art. 302 daquela legislação: “Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente”.

Finalmente, a nosso ver, descambariam os agentes ativo e passivo para o crime de *Falsa Identidade* – “Atribuir-se ou atribuir a terceiro falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem”.

O bem protegido é a fé pública no que tange à identidade da pessoa. É irrefutável que, na cirurgia da transexualidade, alguns caracteres pessoais foram modificados, na intenção de alterar o sexo, embora a mutilação não tenha conseguido isso de fato. Mas, de direito, o que se procura é a mudança de seu registro civil e, em casos incríveis, o propósito direto de casar.

Havendo possibilidade de o agente induzir determinadas pessoas ao erro, e especialmente a autoridade pública, já se justifica plenamente a configuração do delito.

O que se busca em semelhante ato é simplesmente afastar a identidade da pessoa que realmente é, para conferir-lhe uma identidade fictícia, numa manobra audaciosa de substituição de pessoas.

Caracteriza também o delito o fato de a infração visar a uma vantagem. Esta vantagem não é somente de cunho patrimonial, pecuniário ou econômico, mas também de ordem moral.

Não pesa ter ou não o agente colimado o objetivo. O crime não é contra o patrimônio; é contra a fé pública.

## 11.5. CIRURGIA PLÁSTICA NOS TRIBUNAIS

### Superior Tribunal de Justiça

REsp. 196306/SP – Rel. Min. Fernando Gonçalves – 03.08.2004 – “1 – Segundo doutrina dominante, a relação entre médico e paciente é contratual e encerra, de modo geral (salvo cirurgia plástica embelezadora), obrigação de meio e não de resultado. 2 – Em razão disso, no caso de danos e sequelas porventura decorrentes da ação do médico, imprescindível se apresenta a demonstração de culpa do profissional, sendo descabido presumi-la, à guisa de responsabilidade objetiva. 3 – Inteligência dos artigos 159 e 1.545 do Código Civil de 1916 e do art. 14, § 4.º, do Código de Defesa do Consumidor. 4 – Recurso especial conhecido e provido para restabelecer a sentença”.

### Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

2006.001.66581 – 02.05.2007 – “Mamoplastia. Deformação das mamas e diferenças nas aréolas dos mamilos. Nova cirurgia sem êxito. Intervenção que não é de meio, mas de fim. Responsabilidade subjetiva. Culpa do médico presumida” (R\$10.000,00 – danos morais).

2006.001.67278 – 20.03.2007 – “Em se tratando de cirurgia para fins de embelezamento assume o profissional médico uma obrigação específica de resultado, qual seja, o embelezamento da consumidora que se submeteu à operação plástica. Cicatrizes densas e escuras, em número de três, que marcaram o corpo da autora após a cirurgia. Resultado contrário à legítima expectativa desta. Presunção de culpa do médico por falta de técnica, informação adequada, no período pós-cirúrgico ou falta de cuidado adequado, que deveria ser provido pelo médico”.

### Tribunal de Justiça de São Paulo

221.324-4/5-00 – “Cirurgia plástica de abdômen. Aplicabilidade da teoria do resultado. O resultado almejado não foi alcançado. Sentença anulada, para realização de perícia, requerida pelo médico. Cerceamento de defesa caracterizado”.

360.961-4/6-00 – 04.05.2006 – “Mamoplastia. Dano estético decorrente de cirurgia plástica. Obrigação de resultado. Médico que tem o dever legal de previamente esclarecer ao paciente os riscos que a cirurgia envolve. Dano visível a olho nu. Existência de etapa reparadora, consistente na extração de nódulos, há muito conhecidos pelo médico, que não autoriza redução da indenização”.

002.961-4/6-01 – “Na cirurgia plástica embelezadora, é de resultado a obrigação do médico, que só se exime de responder pelos efeitos negativos inerentes ao ato se comprovar que deles deu previamente e por escrito ciência ao paciente”.

### Tribunal de Justiça de Minas Gerais

2.0000.00.462462-4/000 – 21.05.2005: “Cirurgia plástica, cujo resultado pretendido não foi alcançado. Dever de indenizar”.

1.0024.03.038091-9/001 – 03.08.2006 – “Cirurgia plástica para retirada de fragmentos vítreos da face do paciente. A obrigação assumida por médico que realiza cirurgia plástica reparadora é de meio, devendo o profissional observar a melhor técnica para a realização do procedimento e buscar melhorar a aparência do paciente, sem contudo garantir resultado satisfatório”.

2.0000.00.459217-4/000 – 03.09.2004 – “A cirurgia plástica estética acarreta ao médico uma obrigação de resultado e, realizada dentro da técnica correta, não gera danos morais o resultado rejeitado pela paciente”.

2.0000.00.332252-7/000 – 20.06.2001 – “Caracteriza-se a obrigação de indenizar, por dano moral, quando o cirurgião plástico se omite no pós-operatório, obrigando a paciente a procurar outro hospital e submeter-se a cirurgia, para drenar infecção, suportando dores e incômodos durante um mês”.

2.0000.00.394967-9/000 – 18.12.2003 – “Em se tratando de cirurgia plástica embelezadora, o cirurgião plástico assume a obrigação de resultado, obrigando-se a indenizar quando a intervenção der causa a defeitos físicos anteriormente inexistentes, piorando a aparência da paciente, de modo a causar-lhe constrangimento ao convívio social”.

### **Tribunal de Justiça do Paraná**

253126-2 – 23.11.2006 – “II – Caracterizada a cirurgia estética como obrigação de resultado, esta se vincula ao objetivo pretendido. III – Cabe ao médico tomar os cuidados devidos para requisitar exames pré-operatórios e informar adequadamente à paciente sobre a real possibilidade de êxito na cirurgia plástica. IV – Descuidando do dever de informar, o médico anui com o risco de insucesso da cirurgia e com a possibilidade de indenizar a paciente”.

353642-1 – 31.8.2006 – “I – No caso de cirurgia estética, que visa aprimorar a aparência física da paciente, o médico assume obrigação de resultado, vinculando-se à melhora esperada. II – Frustrada a cirurgia, pela não obtenção do resultado esperado, o médico é obrigado a indenizar a paciente pelo não cumprimento da avença”.

### **Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul**

70005956032 – 29.12.2004 – “Cirurgia plástica de embelezamento e correção de septo nasal. Obrigação de resultado do cirurgião plástico. Ato cirúrgico reputado conjuntivo para efeitos de responsabilidade civil. Culpa *in eligendo* do médico que indica otorrinolaringologista à paciente, que visava preponderantemente à alteração estética do seu rosto (nariz) e que, a partir de fato previsível (hemorragia), frustrou o resultado contratado (tamponamento para estancar hemorragia desconsertou o trabalho do cirurgião plástico). Obrigação de resultado porquanto atividade médica que extrai da vaidade humana substancial fonte de renda e que, portanto, se submete, com mais rigor, por imperativo lógico jurídico, às normas protetivas do consumidor. Evidentes deformidades visuais e funcionais do nariz da autora”.

70004518759 – 11.04.2003 – “Constitui dever básico do cirurgião plástico a ampla informação da paciente sobre os riscos da cirurgia, especialmente os mais prováveis, como a formação de queloides e cicatrizes inestéticas. Cicatrizes no lábio superior da mulher. Custeio de cirurgia reparadora e danos morais” (130 SM).

## **11.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AGUIAR DIAS, J. Da responsabilidade civil. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997. 2 v.

ALCÂNTARA, H. R. Responsabilidade médica. Rio de Janeiro: José Konfino, 1971.

DINIZ, M. H. Curso de direito civil brasileiro. Responsabilidade civil. 17. ed. aum. e atual. de acordo com o novo Código Civil. São Paulo: Saraiva, 2003. v. 7.

FÁVERO, F. A cirurgia plástica e a ética médica. Revista de Medicina Legal e Ciências Afins, Belo Horizonte, v. II, n. 2, abr. 1962.

FRANÇA, G. V. A um novel cirurgião. Residência Médica, v. 10, n. 1/3, mar. 1981.

\_\_\_\_\_. Comentário ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

\_\_\_\_\_. Cirurgia reparadora e cirurgia cosmética. JAMB, São Paulo, ano XIV, n. 627, 1972.

\_\_\_\_\_. Direito sobre o corpo à luz da ética e da lei. O Médico Moderno, São Paulo, v. 14, .1, abr. 1974.

\_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (I). João Pessoa: Editora Universitária, 1972.

- \_\_\_\_\_. Noções de jurisprudência médica. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. Pareceres. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- \_\_\_\_\_. Transexualidade – que atitude tomar nesses casos?. O Médico Moderno, v. 15, n. 6, nov. 1975.
- \_\_\_\_\_. Visão ético-jurídica da transexualidade. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, nov.-dez. 1975.
- GIOSTRI, H. T. Erro médico à luz da jurisprudência comentada. Curitiba: Juruá, 2001.
- JESUS, D. E. Direito penal. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- KFOURI NETO, M. Responsabilidade civil dos médicos. 5. ed. São Paulo: RT, 2003.
- \_\_\_\_\_. Culpa médica e ônus da prova. São Paulo: RT, 2001.
- KORNPROBST, L. A imputação de responsabilidade perante os tribunais em matéria de cirurgia estética e reparadora. Boletim da AMB, São Paulo, n. 109/114, 1972.
- LOPEZ, T. A. O dano estético: responsabilidade civil. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 1999.
- LORENZETTI, R. L. Responsabilidad civil de los médicos. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni, 1997. t. II.
- MAGALHÃES, T. A. L. O dano estético. São Paulo: RT, 1980.
- MAGRINI, R. J. Médico – Cirurgia plástica reparadora e estética: obrigação de meio ou de resultado para o cirurgião. Revista Jurídica Notadez 280/92-1993, fev. 2001.
- MIRABETE, J. F. Processo penal. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MOURÃO, J. C. (Org.). Clínica e política 2. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009.
- PENASCO, W. L. A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- RABINOVICK, B.; RICARDO, D. Responsabilidad del médico. Buenos Aires: Astrea, 1999.
- RODRIGUES, M. S. V. S. L. ABC do processo penal. 6. ed. São Paulo: RT, 1986.
- \_\_\_\_\_. Responsabilidade civil. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- ROMEIRO, V. R. Legislação médica. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ROVIRA, GB. Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos. Montevideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SAVATIER, R. Traité de droit médical. Paris: Librairies Techniques, 1956.
- SEBASTIÃO, J. Responsabilidade médica civil, criminal e ética. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- SOUZA, A. P.; COUTO FILHO, A. F. Instituições de direito médico. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
- STOCO, R. Tratado de responsabilidade civil: responsabilidade civil e sua interpretação doutrinária e jurisprudencial. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2001.
- TRUJILO, R. D. Nociones de responsabilidad civil. Bogotá: Temis, 1957.
- VENOSA, S. S. Direito civil: responsabilidade civil. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003. v. 4.

## DIREITOS DO FETO

**Sumário:** 12.1. Introdução. 12.2. Aspectos civis. 12.3. Aspectos penais. 12.4. Intervenções fetais. 12.5. O feto e a pesquisa. 12.6. Meios diagnósticos invasivos. 12.7. Atos médicos perigosos e polêmicos. 12.8. Conclusões. 12.9. Referências bibliográficas.

### Constituição Federal

Art. 6.º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

### Código Civil

Art. 2.º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Art. 542. A doação feita ao nascituro valerá, sendo aceita pelo seu representante legal.

Art. 1.779. Dar-se-á curador ao nascituro, se o pai falecer estando grávida a mulher e não tendo o poder familiar.

Parágrafo único. Se a mulher estiver interdita, seu curador será o do nascituro.

### Código de Processo Civil

Art. 877. A mulher que, para garantia dos direitos do filho nascituro, quiser provar seu estado de gravidez, requererá ao juiz que, ouvido o órgão do Ministério Público, mande examiná-la por um médico de sua nomeação.

§ 1.º O requerimento será instruído com a certidão de óbito da pessoa de quem o nascituro é sucessor.

§ 2.º Será dispensado o exame se os herdeiros do falecido aceitarem a declaração do requerente.

§ 3.º Em caso algum a falta do exame prejudicará os direitos do nascituro.

Art. 878. Apresentado laudo que reconheça a gravidez, o juiz, por sentença, declarará a requerente investida na posse dos direitos que assistem ao nascituro.

Parágrafo único. Se à requerente não couber o exercício do pátrio poder, o juiz nomeará curador ao nascituro.

### Código Penal

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena – detenção, de um a três anos.

Art. 125. Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de três a dez anos.

Art. 126. Provocar o aborto com o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

### **Código de Ética Médica**

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

*É direito do médico:*

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

*É vedado ao médico:*

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

## **12.1. INTRODUÇÃO**

Por nascituro, entende-se aquele que foi concebido e ainda não nasceu. É o ser humano que está por nascer, já concebido no ventre materno. A lei não lhe confere o título de pessoa, mas resguarda-lhe, desde logo, seus direitos futuros, através de medidas que salvaguardam seus inalienáveis interesses. Desse modo, não é apenas o recém-nascido que começa a merecer a proteção legal, senão, também, aquele que é uma esperança de nascimento.

Na concepção jurídica, pessoa é o ser humano dotado de personalidade civil e possuidora de direitos e obrigações. Sua existência começa desde o nascimento com vida, embora seja conhecida uma expectativa de direitos daquele que ainda se encontra no leito uterino. Assim se expressa o artigo 2.º do Código Civil brasileiro: “A personalidade civil do homem começa com o nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

A Constituição Federal, em seu artigo 6.º, diz que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência ao desamparo” e o artigo 103 “que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição social e tem por objetivos: I – a proteção à família, à maternidade, à infância e à velhice; (...)”. O fundamento de tais dispositivos é o reconhecimento de que a mulher, na fase de gestação, tem do estado o respeito e o reconhecimento pelo seu transcendente papel na continuidade da espécie, na consolidação da família e na harmonia social, razão por que lhe dispensa o justo amparo.

Aquele que é apenas uma esperança de nascimento tem a proteção de seus eventuais direitos. Isto, sob o aspecto dos direitos privados. No que se refere à ótica do direito público, o estado coloca o nascituro sob a proteção incondicional, quando sanciona o aborto provocado, fora das situações de antijuridicidade, entre os crimes contra a vida, desde o momento da fecundação até instantes antes do parto.

Por sua vez, personalidade civil é a disposição genérica de exercer direitos e obrigações, como pessoa juridicamente capaz, adquiridos após o nascimento com vida, independentemente das condições de viabilidade e da qualidade de vida.

Mesmo estabelecendo nossa legislação a personalidade civil do homem após seu nascimento com vida, os direitos do nascituro estão protegidos desde a fecundação, existindo como que uma instituição própria e independente, objeto de relação jurídica, fundamentada no respeito à vida humana e numa expectativa de quem vem a ser uma pessoa.

Há até os que defendem, com certa lógica, o início da personalidade jurídica desde a concepção, baseados em princípios biológicos e morais. Tal teoria concepcionista fundamenta-se na afirmação de que, se o nascituro é considerado sujeito de direito, se a lei civil lhe confere um curador, se a norma penal o protege de forma abrangente, nada mais justo que se lhe reconhecesse também o caráter de pessoa e o considerasse com personalidade juridicamente autônoma. Isso porque o feto herda, transmite, demanda, e sua morte intencional é um crime.

A escola genética admite como ser humano aquele que tem código genético definido, ou seja, a partir da concepção. Os desenvolvimentistas acham que, mesmo com a fecundação estabelecendo as bases genéticas, o novo ser necessita de certo grau de desenvolvimento e, por isso, a vida começaria na nidificação; para outros, teria início na formação do córtex cerebral, ou ainda, a começar do parto.

Toda essa política protecionista em favor do feto humano não tem outro sentido senão a imperiosa necessidade de se preservar a mais indeclinável e irrecusável das normas da convivência humana: o respeito pela vida. E ninguém mais do que o médico está no centro dessas decisões.

Até nos momentos mais cruciais, quando a esperança parece findar, diante de situações as mais dramáticas e precárias – como nos instantes em que a força se instala negando a própria razão –, mesmo

assim o bem da vida é de tal magnitude que o que resta da consciência humana tenta a proteção contra a barbárie e a insânia, obrigando que se encontrem regras de convivência capazes de impedir a prática de crueldades inúteis e desumanas.

Portanto, nada mais justo que sejam sempre lembrados, em favor do feto humano, todos os dispositivos éticos e jurídicos disponíveis, para que jamais a natureza humana entre no descompasso dessas duas ordens, desvirtuando os motivos de sua verdadeira dimensão.

## 12.2. ASPECTOS CIVIS

Duas espécies de pessoas são admitidas pela ordem jurídica: as pessoas físicas ou naturais, representadas pelos seres humanos; e as pessoas jurídicas, que são as sociedades, fundações e associações. Embora sejam todas elas consideradas sujeitos de direito, existem certas singularidades no tocante ao início e fim da personalidade civil da pessoa física.

Assim, a existência de uma pessoa física se inicia com o nascimento e se extingue com a morte, levando-se em conta apenas o tempo de duração da vida humana.

Existem, no entanto, casos de personalidades fictícias, e entre elas destaca-se a do nascituro, pois a lei, mesmo admitindo a personalidade civil após o nascimento com vida, assegura os direitos daquele que se encontra apenas em estado fetal, admitindo, portanto, uma personalidade antecipada. Nascituro é o ser humano desde o momento da fecundação até o parto.

A personalidade civil começa no nascimento com vida, ou melhor, naquele ser que nasceu e respirou (*teoria da personalidade condicionada*). Em casos de morte pós-parto, esse fato é comprovado cientificamente pela perícia médico-legal, através de suas docimásias. Esse conceito segue a doutrina naturalista, que é a mais prática e a mais simples sob o ponto de vista pericial.

Em outras legislações, a personalidade civil inicia-se com a viabilidade, isto é, desde o momento em que o feto apresenta condições fisiológicas de uma vida autônoma.

Em outras ainda, como no sistema argentino, que adotou a doutrina concepcionista, a personalidade começa no momento da fecundação.

Há também algumas legislações que só atribuem a personalidade quando o recém-nascido apresenta condições de sobrevivência e forma humana. Assim, um anencéfalo ou uma monstruosidade não teriam personalidade.

O sistema espanhol fixou um tempo de vinte e quatro horas para que o recém-nascido venha a ter esse direito.

Entre nós, houve até quem defendesse o conceito de que a personalidade deveria ter início após os trinta dias, pois, segundo esta escola, é a partir dessa fase que surgem as maiores possibilidades de vida. Para nós, esse conceito é talvez o mais passível de crítica, o mais falho; pois, entre outros fatos, muito mais difícil é dizer se uma criança tem trinta dias ou não do que afirmar se ela respirou ou não respirou.

Seja qual for a escola doutrinária sobre o início da personalidade, um fato é patente: o nascituro é equiparado à pessoa humana e seus direitos estão assegurados desde o momento da concepção.

Desse modo, mesmo estabelecendo nossa legislação a personalidade civil do homem após seu nascimento com vida, os direitos do nascituro estão resguardados desde a fecundação, existindo como que uma instituição própria e independente, objeto da relação jurídica, fundamentada no respeito à vida humana e numa expectativa de personalidade. Se o estado protege o nascituro é porque existe um direito a tutelar.

Por essas e outras razões, existem alguns que, até com certa lógica, admitem o início da

personalidade jurídica desde a concepção, baseados em princípios biológicos e morais.

Os que defendem a teoria concepcionista fundamentam suas razões afirmando que, se o nascituro é considerado sujeito de direitos, se a lei civil lhe confere um curador, se a norma penal o protege, então manda o bom senso que se lhe reconheça o caráter de pessoa. Este era o pensamento do notável civilista Clóvis Beviláqua, que, entre outros argumentos, afirmava: “A verdade está com aqueles que harmonizam o Direito Civil consigo mesmo, com o Penal, com a Fisiologia e com a Lógica, quando consideram a personalidade civil do homem desde a concepção.” Também assim defendia Teixeira de Freitas, na Consolidação das Leis Civis, ao enfatizar: “As pessoas consideram-se como nascidas, apenas formadas no ventre materno; a lei lhes conserva seus direitos de sucessão para o tempo do nascimento”. Em trabalhos posteriores, esse autor retirava a expressão – de sucessão – porque, na verdade, outros direitos lhes reserva a lei.

Identicamente reconhece Altavilla: “E, assim, a unidade orgânica que persiste no período de vida intrauterina não impede de considerar o filho como personalidade juridicamente autônoma... pode a mãe dilacerar, como queira, seus membros, mas não pode golpear o embrião que amadurece em seu ventre” (E. Magalhães Noronha, *Direito penal*, 11. ed., São Paulo: Saraiva, 1995).

O legislador pátrio, no entanto, por um princípio de simplicidade, aceitou a doutrina naturalista em nossa lei civil, por parecer mais prática.

A verdade é que ninguém discute o caráter de ser vivo do embrião e ninguém lhe nega seus direitos, qualquer que seja a fase ou o processo de seu desenvolvimento.

E os embriões que se desenvolvem fora do útero materno? Este, o embrião ainda não implantado, recebe muito mais rejeição à condição de pessoa. Os que o defendem como pessoa afirmam que ele não pode ser tratado diferentemente do que se encontra no útero, pois são seres humanos de mesmos atributos. O que interessa é que a natureza a qual pertença o indivíduo seja a natureza humana.

Acreditamos que o futuro adotará a teoria concepcionista atribuindo ao embrião a qualidade de *pessoa*; dentro ou fora do seio materno, e desde que se encontre uma definição para a difícil situação dos embriões excedentários ou supernumerários.

### 12.3. ASPECTOS PENAIS

Por outro lado, o nascituro também se apresenta como instituição de interesse no que diz respeito ao Direito Penal.

O limite entre o aborto e o homicídio é o nascimento. Suas penas são desiguais, mas os assuntos são tratados no mesmo capítulo e no mesmo título de nosso diploma legal. Nos crimes contra a vida.

Ontologicamente, o aborto não deixa de ser um homicídio, pois em última análise é um atentado contra a vida humana, embora a vida da mãe também seja protegida. Assim, o crime tem um duplo aspecto: o atentado à vida do feto e a periclitación da mulher grávida, mesmo que nossa legislação penal, ao tratar do assunto, em alguns de seus artigos sobre o aborto, dê a entender que apenas se pune a integridade física do feto, e não também a integridade física da mulher. Mesmo assim, não se pode negar que o verdadeiro bem jurídico protegido na incriminação do aborto é o novo ser que dolosamente é destruído.

O velho princípio romanístico de que a mulher pode dispor de seu corpo livremente, e que o feto é apenas *portio viscerum matris*, não encontra hoje amparo em nenhuma legislação, pois a isto se contrapõem fundamentos biológicos e jurídicos.

O certo é que, tendo ou não personalidade, o feto é uma expectativa de vida, um ser humano em

formação. “Quem pratica um aborto não opera *in materiam brutam*, mas contra um homem na antessala da vida civil. O feto é uma pessoa virtual, cidadão em germe. É um homem *in spem*” (Nélson Hungria, *Comentários ao Código Penal*, Rio de Janeiro: Forense, 1958, v. V, p. 286).

Sobre esse fato expressa-se muito bem Anibal Bruno (*Direito penal*, Rio de Janeiro: Forense, 1972, v. IV, p. 157, nota 3), quando afirma: “... Com a evolução que se processou em matéria em que se apoiava o conceito de aborto, várias questões que se debateram em torno desse fato estão hoje superadas. Uma dessas é a de ser ou não o feto um ser vivo, que se possa e deva proteger de maneira independente em relação ao organismo da mulher ou aos direitos de paternidade. A proporção que as ideias filosóficas, com os seus reflexos sociais e jurídicos, iam acentuando a importância a ser concedida ao homem em atenção a ele mesmo, mudava a opinião sobre a natureza do feto, passando da concepção de simples porção do corpo da gestante à posição de ser autônomo, com vida própria, apenas transitoriamente ligado, pelas deficiências de uma fase da sua evolução, ao organismo materno. É como a um ser humano que as legislações penais estendem hoje a sua proteção sobre o feto. Desse modo, se antecipa a tutela jurídica concedida pela lei civil ao homem desde o nascimento e que já era prevista quanto ao nascituro, quando se tratava de seu próprio interesse. No direito à vida, que a norma penal tão energeticamente assegura, integra-se o reconhecimento jurídico do ser humano que foi gerado, o de desenvolver-se normalmente e nascer. E hoje a vida do homem em formação é um bem jurídico primordialmente protegido pela definição do aborto na grande maioria das legislações”.

Ainda como argumento em favor da independência da vida do feto, vemos em um acórdão do Tribunal de São Paulo, referido por José Frederico Marques: “Um homem desfere violenta facada no ventre de uma mulher grávida, para matá-la, e o delito se consuma. O feto, porém, é expulso e vem a perecer, poucos dias depois, em consequência de ter sido atingido também pela facada. Quer parecer-nos que houve aí concurso formal de homicídios e aborto provocado” (E. Magalhães Noronha, *op. cit.*).

Infelizmente, ainda há quem afirme que o feto não é um ser humano, pela simples razão de não poder sobreviver sem ajuda externa, dependendo, portanto, do útero materno. Ora, sob o ponto de vista biológico, o aborto é a morte do feto, conseqüentemente a supressão de uma vida. E que espécie de vida? Não poderia ser outra senão humana. Por isto achamos que os opositores ao conceito de ser o feto um ser humano têm uma grave responsabilidade, qual seja, a de conseguir explicar qual o tipo de vida do feto. É certo que há situações que a técnica e a ciência, mesmo vivendo seus grandes dias, não podem elucidar. Esta não é uma delas, pois suas razões têm fundamento exclusivamente na moral.

Cientificamente, afirma-se que o feto não é ser humano pelo motivo de não poder sobreviver sem ajuda materna. Dizem: uma criança pode sobreviver com ajuda do adulto; o adulto sobrevive por si mesmo; porém, o feto depende exclusivamente do útero materno.

Esse é um argumento puramente biológico. Mas o feto herda, transmite e demanda, e sua morte é um crime, e o abortador, um criminoso.

A proteção ao feto e a sanção penal ao aborto não se prendem unicamente a razões religiosas, mas à própria razão; pois, por exemplo, Hipócrates, que era pagão, vivendo muitos séculos antes do cristianismo, sempre condenou a prática do aborto.

Uma questão muito discutível é se a destruição de embriões não implantados deve ser considerada aborto. A verdade é que todas as definições de aborto vêm sempre acompanhadas do conceito do elemento gestação, portanto faltando adequação à norma penal. No momento, o que se deve evitar é a má utilização da técnica de congelamento de embriões, favorecendo sua adoção e evitando a destruição inconsequente.

Outra circunstância que nos leva ao terreno das controvérsias é o de ser o feto morto, cadáver ou

não. Nosso pensamento é que ele é cadáver, pois inspira sentimento de coisa sagrada. O difícil, no entanto, é dizer em que fase da imaturidade fetal pode-se considerar cadáver, caso venha ele sem vida ao meio exterior. Entendemos que seja cadáver em qualquer fase de seu desenvolvimento, desde que apresente características que o definam como ser humano. Não devemos esquecer jamais que esse assunto não pode ficar restrito às concepções puramente de ordem naturalista, devendo estender-se à esfera moral.

### Lesões no feto

O feto pode ser sujeito passivo no crime de lesões corporais? O Código Penal brasileiro em vigor, no artigo 129 que trata das lesões corporais, diz que está sujeito a pena de detenção aquele que “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”, o que dar a entender que é crime comprometer a vida ou a saúde de alguém de mesma condição, ou seja, de outra pessoa. E o feto não sendo pessoa estaria fora desta proteção e assim não se poderia aplicar o tipo penal aqui considerado. Em suma, o feto só é objeto da tutela penal nos casos de aborto.

O artigo 2.º do nosso Código Civil diz textualmente: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. Desta forma, a lei não confere ao feto o título de pessoa, mesmo resguardando-lhe seus direitos civis futuros por meio de normas de justa proteção de seus interesses.

*Ipsa facto*, nascituro é aquele que foi concebido e ainda não nasceu. É o ser humano que está por nascer, já concebido no ventre materno, e mesmo que não lhe seja dada a condição de pessoa, estão resguardados, desde logo, seus inalienáveis direitos. Pelo que se vê não é apenas o recém-nascido que detém a proteção legal. Aquele que é apenas uma esperança de nascimento tem a proteção de seus eventuais direitos. Isto, sob o aspecto dos direitos civis. No que se refere à ótica do direito penal, o estado coloca o nascituro sob a proteção incondicional, quando sanciona o aborto provocado, fora das situações de antijuridicidade, entre os crimes contra a vida, desde o momento da fecundação até instantes antes do parto.

O Código Penal espanhol de 1995 estabeleceu no artigo 157 um novo tipo de ilícito: Lesões no feto: “Aquele que, por qualquer meio ou procedimento, causar no feto uma lesão ou enfermidade que prejudique gravemente seu desenvolvimento normal, ou provoque no mesmo uma grave alteração física ou psíquica: prisão de um a quatro anos (...)”.

O Senado dos Estados Unidos, em 25 de março de 2004, aprovou a Lei dos Nascituros Vítimas de Violência, na qual aqueles que venham causar lesão ou morte a uma criança no ventre materno respondam penalmente, além do crime pelo dano produzido à gestante. Em casos desses delitos a lei americana concede a condição de pessoa ao nascituro.

Os artigos 124 a 127 do nosso diploma penal punem por crime de aborto a morte dolosa do nascituro, independente da idade da gestação, mas não trata dos casos em que da tentativa de aborto, por exemplo, venha causar-lhe uma alteração física ou uma perturbação de ordem psíquica.

O mais aceitável, para alguns, seria que a vida humana, independente de sua condição de pessoa com personalidade jurídica, tivesse toda proteção que merece todo ser humano, mesmo quando ainda na sua vida intrauterina.

Seria justo que de um trauma abdominal proposital ou culposo em mulher de gravidez conhecida ou manifesta resultasse no feto uma lesão capaz de lhe causar perigo de vida, debilidade permanente de função ou enfermidade duradoura não serem considerados em relação ao feto e tão somente um tipo penal no que diz respeito à gestante? Enfim, o crime de lesão corporal só deve ter correspondência nos que detêm personalidade civil?

Alguns entendem que se da tentativa criminoso de aborto o feto nasce vivo e vem a morrer algum tempo depois do nascimento, há conversão para homicídio (RT 483/277). E se o feto sobrevive com um dano à vida ou à saúde? O lógico seria que o autor respondesse por crime lesões corporais de acordo com a quantidade e qualidade do dano. Os que repelem esta ideia, tendo em conta o princípio da legalidade, justificam-se dizendo da inexistência de previsão para a tutela penal específica do tipo “lesão corporal do feto”.

Em um caso de morte fetal, depois de ter se iniciado o parto e ser ajuizada a culpa do médico, assim decidiu a 5.ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (consta da Ementa): “A destruição da vida intrauterina antes do início do parto caracteriza a hipótese de aborto, cuja punição a título de culpa não é prevista pelo Código Penal brasileiro. Contudo, se a morte ocorreu depois de iniciado o parto, a hipótese é de homicídio, caso não tenha sido praticado pela mãe sob influência do estado puerperal. O início do parto é marcado pelo período de dilatação do colo do útero, consoante a doutrina penal. (...) – (Apelação criminal n.º 1.0134.99.012239-9/001 – Comarca de Caratinga – Apelante(s): NSA – Apelado(a)(s): Ministério Público do Estado Minas Gerais – Relator: Exmo. Sr. Des. Alexandre Victor de Carvalho). Eis parte do voto do Relator: (...). “A indagação fundamental para o exame do presente caso é a seguinte: a destruição da vida intrauterina ocorreu depois de iniciado o parto? Se antes, teremos a hipótese de aborto culposo, fato claramente atípico. Se a morte ocorreu depois de iniciado o parto, teremos, em tese, a tipicidade – artigo 121, § 3.º, CP. Já tive a oportunidade de me manifestar sobre o tema, desta forma: ‘A morte do feto, ainda no útero materno (vida intrauterina), provocada a título de culpa, não encontra enquadramento típico no nosso Código Penal, uma vez que inexiste a figura do aborto culposo. Para a caracterização do homicídio, mister se faz a identificação do sujeito passivo: ser humano vivo’. A morte durante o parto foi estudada pelo mestre Néelson Hungria, segundo o qual: ‘Para a configuração objetiva do homicídio, é indiferente a idade da vítima: tanto é homicídio a ocisão do feto *intra partum* quanto a do macróbio’. Deve notar-se, entretanto, que a eliminação do feto ou recém-nascido pela própria mãe, ‘sob influência do estado puerperal, durante o parto ou logo após’, constitui um *homicidium privilegiatum*, sob o título especial de infanticídio (artigo 123). O nosso Código compreende sob o *nomem juris* de homicídio (ressalvada a hipótese especial do infanticídio) até mesmo a destruição do feto durante o parto, isto é, antes mesmo de verificar-se a possibilidade de vida extrauterina’. (...). Na mesma esteira, a lição do Professor E. Magalhães Noronha sobre o sujeito passivo do delito em tela: ‘Particularmente, é o indivíduo o ser vivo, nascido de mulher ou que está nascendo. Com efeito, se a destruição do feto ou do embrião no útero materno é abortamento, é homicídio a destruição do feto durante o parto’. É a conclusão inelutável a que se chega, pelo confronto do artigo 121 com o 123, pois este, definindo o infanticídio – crime privilegiado – fixa o momento da ação – durante o parto ou logo após – e conseqüentemente quem não se achar nas condições do privilégio praticará homicídio se destruir o ente antes mesmo que haja vida autônoma, isto é, destruir o ser nascente. (...)”.

Desta forma, é de se entender que matar um ser humano após ter se iniciado o parto é homicídio ou infanticídio, pois em tal situação já terminou a vida intrauterina. Não há o que se falar de aborto.

Por outro lado as lesões no feto podem ser arguidas em ações indenizatórias.

Quando o dano é produzido pela ação de um terceiro, a responsabilidade penal não se tornaria tão complexa, bastando que se caracterize o dano, a culpa e o nexo de causalidade, mesmo em alguns casos como nos danos pré-concepcionais onde, por exemplo, um médico deixasse de orientar sobre a possibilidade do nascimento de um filho com determinadas anomalias em face da existência de desordens genéticas de um dos pais. Os danos pós-concepcionais na área médica podem trazer também certo nível de dificuldade de estabelecer a culpa.

Baseadas em jurisprudência canadense (“Toda pessoa tem o dever de respeitar as regras de conduta que, segundo as circunstâncias, os usos ou a lei, se lhe impõem de modo a não causar prejuízo a outrem”), não têm sido raras as ações de pais contra terceiros responsáveis pela morte *in útero* de um filho (*wrongful death*), a ação de perdas e danos dos pais contra os médicos, pelo nascimento de um filho com defeito (*wrongful birth*) ou a ação da própria criança, ela contra o terceiro responsável por seu nascimento anômalo (*wrongful life*).

Esta última situação – a de agir contra um terceiro responsável pelo seu nascimento anômalo – teria pouca ou nenhuma aceitação nas regras de responsabilidade civil entre nós, pois isto implicaria necessariamente no direito de não nascer, independente desta qualidade de vida questionada.

## 12.4. INTERVENÇÕES FETAIS

Atualmente, sob o ponto de vista médico, o feto não é mais uma unidade intocável.

Ele pode e deve, quando necessário, ser considerado paciente, com a prudência e a delicadeza que cada caso exigir. Seja em rotineiras transfusões de sangue nos portadores de eritroblastose, seja diante de desordens fetais graves.

Isto não quer dizer que tenham sido sanadas algumas dificuldades de ordem médica ou certas implicações de caráter ético-jurídico nos seus procedimentos de diagnóstico e de tratamento – e sem esquecer que muitas dessas intervenções ainda são consideradas experimentais.

Desse modo, é muito justo que determinados problemas, hoje diagnosticados mais precocemente, sejam tratados com antecedência, quando se sabe que alguns deles não teriam solução posterior, porque não se pode mudar o curso de muitas doenças ou malformações.

É claro que tais intervenções intrauterinas não podem ser intempestivas e contumazes, sujeitas a todo exagero que o *modismo* favoreça. O ideal seria que o tratamento se verificasse depois do nascimento. Isto, no entanto, não impede que pediatras, anestesistas, cirurgiões infantis, geneticistas, neonatologistas, obstetras, perinatologista e ultrassonografistas aperfeiçoem técnicas de diagnóstico pré-natal e meios de tratamento em favor do feto humano.

Por outro lado, essa intervenção multidisciplinar tem trazido alguns conflitos, por se entender existir indevida interferência e invasão de “área”. Se, porém, cada um tiver a consciência e a noção da grandeza do conjunto das atividades propostas e a noção exata da responsabilidade individual, certamente considerará a importância e o alcance dessa nova ordem em favor do paciente fetal.

Fica evidente, desde logo, que a assistência ao paciente fetal é da competência das equipes especializadas onde cada um tem sua específica atuação e a sua devida responsabilidade, principalmente quando o feto apresenta malformações ou perturbações amplas e complexas. Este é o primeiro princípio.

O segundo é que, mesmo sendo tarefa de um conjunto de especialistas, essa equipe não pode dispensar a atenção de um responsável para estruturar as ações e avaliar os resultados.

E o terceiro princípio é que cada procedimento seja efetuado pelo membro da equipe que estiver mais capacitado a oferecer melhores resultados à criança que vai nascer e à mãe que permite a intervenção.

Além do mais, é preciso levar em consideração outros aspectos, como a responsabilidade ética e legal do profissional envolvido, o momento apropriado para a intervenção, a avaliação dos riscos do feto e da mãe, a compatibilização do risco-benefício das partes tratadas, os conflitos do binômio mãe-feto, a obtenção do consentimento esclarecido da gestante ou de seu responsável legal, a conduta materna durante a gestação e as obrigações da sociedade para com a criança que vai nascer.

Vejam os itens de per si.

a) *Da responsabilidade profissional* – Entende-se por responsabilidade profissional a consciência do que é justo e necessário, não só no sentido moral, mas, também, dentro de um sistema de obrigações e deveres exigidos pelo Poder Público.

Assim, o termo responsabilidade pode ser empregado tanto no sentido ético como no sentido jurídico, visto que, em se tratando do exercício de uma profissão liberal, intrinca-se necessariamente os valores morais e os legais. Pois um sem o outro pode favorecer uma moral excessivamente teórica e falsa, ou um positivismo juridicamente exagerado, que inspire o legalismo e os julgamentos impiedosos.

*Ipsa facto*, por responsabilidade profissional concebe-se todo dano físico ou moral resultante de uma forma atípica ou inadequada de conduta, caracterizada por inobservância de regras técnicas ou por infração aos ditames da ética médica e que possa ser produzido no paciente por *imperícia, imprudência ou negligência*.

Hoje, o princípio da responsabilidade profissional é aceito por todos – médicos, juristas e até própria sociedade –, desde que, na apreciação desses feitos, caracterize-se conduta irregular ou inadequada contra o paciente, durante ou em face do exercício médico. Espera-se apenas que, na avaliação dessa responsabilidade, haja transparência no curso da apreciação e dê-se ao acusado o direito de ampla defesa.

O fundamento jurídico da responsabilidade médica encontra-se justificado no instituto da *culpa*. Para tanto, é preciso que o agente tenha dado causa sem ter querido o resultado, nem assumido o risco de produzi-lo. Seu limite é a previsibilidade do dano, isto é, que o fato não seja passível de escapar à perspicácia comum. Deste modo, atua *culposamente* quem tem a previsibilidade do dano e, mesmo assim, age. E, quanto maior essa previsibilidade, maior será o grau de culpa.

De outra parte, deve ficar evidente que todo mau resultado não significa erro médico. Ele pode ser decorrente de uma situação incontrollável e de curso inexorável, ou por falhas estruturais, quando os meios e as condições de trabalho são insuficientes ou ineficazes para uma resposta satisfatória.

Todavia, se esse erro médico, causador de dano, for de ordem pessoal, a responsabilidade pode ser arguida de duas formas: a moral e a legal. A avaliação da responsabilidade moral é da competência dos Conselhos Regionais de Medicina, através de processos ético-administrativos, segundo estipula a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958.

Já a apreciação da responsabilidade legal é atribuição dos tribunais, podendo comportar, entre outras, as ações penais, cíveis e administrativas.

No caso específico, o médico tem o dever ético e o dever legal de atuar sempre com redobrado cuidado em relação ao feto que nascerá mais adiante. Tais deveres impõem que o feto seja tratado como paciente, porque as ações e as omissões pré-natais podem afetar o bem-estar da futura criança.

Deve-se admitir sempre ser o feto um paciente que não pode cuidar de si próprio nem se manifestar quando algo o aflige. Algumas legislações têm reconhecido que as ações e omissões durante a gravidez podem ser tão danosas quanto aquelas que surgem depois de a criança nascer.

Por isso, o médico sempre terá papel muito importante na implementação de posturas de tratamento ou de recursos propedêuticos, por sua aproximação com o feto. Deve informar às gestantes sobre riscos pré-natais de certos procedimentos médicos e medidas que poderiam ser tomadas para evitar doenças ao futuro infante. Deve também informar às mulheres que o dano prejudicará tanto que não poderá mais ser remediado. Qualquer omissão desses informes às gestantes, sobre riscos e procedimentos alternativos, pode comprometer seu entendimento com vistas a uma permissão bem esclarecida e violar o direito da criança nascer isenta de patologias fetais que poderiam ser evitadas.

Um médico que negligencie identificar fato evitável de dano pré-natal ou não informar melhor sobre isto e sobre o modo pelo qual impedir o dano poderá ser legal e eticamente acionado pelos pais (ou pelos filhos, mais adiante), em face dos danos sofridos. A negligência pré-natal por parte do médico é um fato indiscutível atualmente, em especial quando se trata de julgamentos em tribunais cíveis.

A mais completa e delicada questão para o médico, no que diz respeito à sua responsabilidade ética ou jurídica – levando em conta seus deveres para com a mulher grávida e filho que vai nascer –, é quando ele a adverte sobre os riscos e danos que está impondo ao feto, e ela se recusa a cooperar ou ignora as recomendações necessárias ao bem-estar do feto.

Seria o caso, por exemplo, de um médico que avisasse a determinada gestante para deixar de beber ou de fumar, e ela, mesmo assim, não atendesse a tais recomendações. Deverá o médico resignar-se com essa atitude? Ou deve levar o fato ao conhecimento da autoridade competente, para intervir coercitivamente?

Entre nós, recomenda-se, diante de tais recusas, encaminhar o problema aos órgãos que tratam do bem-estar da criança, como o Conselho Tutelar, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente ou ao Ministério Público Estadual, conforme recomenda a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, também conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente. O médico não tem obrigação de procurar a autoridade policial para intervir compulsoriamente.

No entanto, tal interferência do Poder Judiciário é possível, mesmo que não se conheça, entre nós, nenhuma decisão nesse sentido. Até agora, a Justiça só tem se manifestado em favor da intervenção compulsória quando existem situações caracterizadas por iminente perigo de vida de quem se intervém. Ou seja, nos casos em que se comprove periclitção da mãe.

Outra coisa: não é responsabilidade do médico atribuir graus de culpabilidade à gestante pela recusa de uma intervenção em favor do filho que vai nascer. Mas um médico consciente de seu papel em favor do bem-estar do feto terá suficientes razões para denunciar a recusa materna aos órgãos de proteção à criança, por abuso ou descaso ante uma conduta pré-natal necessária.

Em muitos lugares do mundo, não há legislação específica neste sentido, mas já se encontram movimentos sobre isso, porque quem interfere em benefício do feto não está lidando *in materiam brutam*, mas em favor de uma pessoa virtual, com expectativa de vida – um ser humano em formação.

Pensamos que, num futuro bem próximo, teremos um *Estatuto Jurídico do Embrião e do Feto*, ou uma incorporação dos seus direitos aos direitos dos recém-nascidos e das crianças. É muito possível que isso venha a ocorrer, porque cada dia fica mais evidente que o dano pode surgir no pré-natal e, após o nascimento, muitos deles seriam irreversíveis.

Ainda assim, não se conhece, em nenhuma legislação, o direito de o médico intervir arbitrariamente sobre a gestante, no propósito de proteger o feto, exceto em casos muito raros, quando a vida de ambos estiver em perigo. Apesar disso, o médico não está desobrigado de levar o caso ao conhecimento daquelas autoridades que protegem a criança e que são responsáveis pela prevenção de riscos.

Informar à mulher sobre os riscos e pedir sua colaboração, ou denunciar possíveis recusas de colaboração às autoridades competentes pelo bem-estar da criança, eis o mínimo que um profissional consciente pode fazer para cumprir seus deveres legais, quando diante de um risco pré-natal que ameace a futura criança.

Ele não tem, portanto, a obrigação de processar a mulher, forçar o tratamento através de intervenção em seu corpo, ou procurar autorização legal para fazê-lo. Se porventura a autoridade decidir obrigar a mulher a admitir a intervenção, e, mesmo assim, ela recusar, o médico não tem como agir compulsivamente.

O médico tem – além do que foi dito – é de cooperar com as autoridades, fornecendo dados que considere imprescindíveis para um tratamento pré-natal, como medida salvadora e oportuna para favorecer uma melhor qualidade de vida à futura criança. Em suma, ele não está obrigado pela ética e pela lei a administrar tratamento que tenha sido recusado pela mãe, mesmo que legalmente autorizado.

Ao analisar essa recusa materna, num caso de cesariana, por exemplo, o médico só tem o direito de agir arbitrariamente se a gestante estiver em iminente perigo de vida. O fato de informar à mãe sobre os riscos e denunciar a recusa danosa às autoridades responsáveis pelo bem-estar da criança satisfaz o dever ético e legal do médico. O benefício em algumas crianças para evitar supostos danos parece menor do que os prováveis erros ocorridos num tratamento arbitrário contra a vontade da mãe.

Se a mãe recusa essas intervenções, também não é motivo para se abandonar o tratamento da criança, depois de nascida. Muitos admitem que o fato de o médico não ter procurado as autoridades para obter o tratamento do feto pode ser explicado, em parte, pelo desconhecimento do que é legitimamente legal nessas situações. Outros acham que, se o médico entende que seu dever legal termina com a notificação às autoridades, isso pode redundar em poucos casos de tratamento arbitrário injustificável em mulheres grávidas, em nome de um suposto bem-estar da futura criança.

Finalmente, torna-se claro que todo e qualquer evento em que o médico force o tratamento não pode ser justificado como medida em favor do bem-estar do feto. A solução dos conflitos entre a decisão da mãe e o conforto fetal será no futuro uma decisão tomada pela sociedade como um todo e não apenas pelo médico diretamente envolvido.

Nessas situações, se a comunidade escolher ir além da cooperação voluntária da mãe, terá de optar pela sanção depois do nascimento, por culpabilidade de conduta danosa pré-natal. A notificação do médico às autoridades responsáveis pelo bem-estar da criança pode ser essencial a qualquer medicação, mas esse dever de notificar não obriga a proceder tratamento arbitrário na mulher discordante, mesmo em favor do feto.

Se o médico entender claramente que sua obrigação ética ou legal termina com a notificação à autoridade competente, poderá haver riscos nos casos não tratados, mas certamente não surgirão denúncias decorrentes de um tratamento compulsório ou arbitrário na busca de um possível bem-estar da criança que vai nascer.

b) *Da decisão do momento apropriado para intervir* – Um dos pontos mais delicados e complexos em torno da assistência fetal é, sem dúvida, o momento exato em que se pode efetuar certo procedimento médico, porque, tanto nas condutas de diagnóstico como nas propostas terapêuticas, há que analisar os riscos da mãe e os riscos do filho que vai nascer.

Isto implica necessariamente não só numa avaliação clínica e propedêutica, levando em conta o melhor instante da intervenção, mas, também, nos aspectos éticos e nas implicações dos direitos da mãe e do feto, de forma equilibrada e capaz de avaliar o risco-benefício e as implicações da responsabilidade profissional de todos os envolvidos na assistência do binômio mãe-feto.

Outra dificuldade está no fato de esses recursos serem de conhecimento recente, muitos deles tidos como de caráter experimental, decorrendo disso controvérsias e insinuações a cada tipo de intervenção. Algumas condutas de cuidados gerais provam que eles são úteis; e outros, mais inovadores, já são contemplados como tratamentos fetais eficazes e imprescindíveis.

No fim dos anos 70, concluiu-se que todos esses procedimentos, gerais ou específicos, são extremamente úteis quando administrados de maneira procedente. Hoje, pode-se afirmar que, antes de se oferecer qualquer procedimento em favor da saúde ou do bemestar fetal, deve-se concordar com os seguintes critérios:

1. ter sido a doença ou a desordem fetal diagnosticada através dos meios propedêuticos atuais, sem exclusão da ultrassonografia;
2. ter conhecimento abalizado da fisiopatologia do mal como entidade considerada e conhecida;
3. probabilidade de cura e segurança da intervenção em moldes aceitáveis;
4. discussão da intervenção proposta com médicos não envolvidos e que os pontos de vista opostos sejam apresentados à gestante e aos seus familiares.

Além do mais, deve-se obter o consentimento esclarecido da mãe ou de seu representante legal e a aprovação pela Comissão Ética do Hospital – além da necessidade de que cada caso de tratamento fetal a realizar-se seja discutido sem levar em conta o tipo de resultado.

Outros critérios mais específicos para cada situação irão surgindo com a aquisição de uma maior experiência. Já em 1982, a Fundação Kroc realizava uma conferência chamada de Gerenciamento do Feto com Defeito Congênito Corrigível, constituída de obstetras, cirurgiões, pediatras, ultrassonografistas, geneticistas e bioéticos dos centros mais especializados em tratamento fetal. Procedimentos experimentais e clínicos sobre tratamento fetal foram revistos criteriosamente para avaliação dos benefícios potenciais e a adequação das várias formas de intervenção nas doenças que poderiam ser tratadas, assim como os problemas que deveriam ser evitados.

Os participantes daquele encontro foram unânimes quanto à necessidade de se prosseguir com a troca de informações cooperativas, no propósito de se estabelecer um registro de casos tratados, com a formulação de algumas diretrizes a pôr em prática na seleção dos pacientes e de procedimentos cujo fim seja o de trazer à criança que vai nascer uma expectativa cada vez maior de melhoria em sua qualidade de vida.

Daquela troca de informações ainda houve a concordância quanto à realização de encontros anuais. E conclui-se com alguns critérios sobre o tratamento fetal, ainda hoje aceitos:

1. O feto deve apresentar algo que um exame ultrassonográfico detalhado e estudos genéticos revelem concretamente como anormalidade.
2. A família deve ser corretamente informada a respeito dos riscos e benefícios e deve concordar com o tratamento, inclusive com autorização para prosseguimento de longo prazo, com vista à sua eficácia.
3. A existência de uma equipe multidisciplinar que conte com um perinatologista experiente em diagnóstico fetal e de colheita de amostras fetais ou transfusão intrauterina, um geneticista, ultrassonografista com experiência em diagnóstico de anomalias do feto e um cirurgião pediátrico, além de um neonatologista que cuide da criança após o nascimento, uma equipe que concorde com o plano de tratamento inovador e a aprovação de uma comissão institucional de revisão.
4. Deve contar também com a avaliação de uma unidade de obstetrícia de alto risco, de cuidados terciários, atenção da enfermagem especializada e intensiva, e consultas necessárias às comissões de assunto bioéticos e psicossociais.

O futuro do tratamento fetal é promissor, no sentido de prevenir muitos defeitos de nascimento ainda no útero. E as habilidades diagnósticas ampliam mais e mais as condições de serem selecionados para tratamento só os fetos que concretamente irão se beneficiar com a intervenção. Deve-se aprimorar também a habilidade para a compreensão da fisiologia fetal, a fim de que decisões tão importantes não se baseiem unicamente em critérios morfológicos. O tratamento das várias desordens fetais tem provado ser esta uma opção viável. Mas será a continuação das observações clínicas e laboratoriais que irão determinar, no futuro, que procedimentos serão mais seguros e efetivos e qual o momento apropriado de intervir.

As condições de tratamento das desordens congênitas mais complicadas crescerão na mesma proporção das melhorias das técnicas de intervenção fetal. No entanto, esse progresso vai exigir uma grande soma de recursos e de esforços clínicos e experimentais. Apesar de o tratamento fetal oferecer uma expectativa animadora para o feto com defeitos corrigíveis, nunca esquecer que os riscos serão sempre altos e existirá um potencial considerável de ocorrências de dano.

Todo tratamento fetal inovador deve ser observado cuidadosamente, considerando-o no âmbito das precariedades do laboratório e da terapêutica, sendo tudo isto honestamente apresentado aos pais. O fato de um procedimento ser viável teoricamente não significa que ele deva ser feito. Uma anomalia fetal de qualquer tipo nunca deve ser tratada simplesmente porque ela existe, mas porque ela pode ser corrigida. O momento apropriado de intervir é sempre muito delicado.

c) *Da avaliação dos riscos da mãe e do feto* – Como já dissemos, o que justifica o ato médico não é apenas o consentimento – mesmo informado – ou sua existência enquanto fato anormal, mas sua inquestionável e iniludível necessidade. Além disso, torna-se imperioso, em certos casos, avaliar os riscos de uma intervenção, levando em conta a gravidade de cada situação, tanto para a mãe como para o feto.

A primeira coisa a ser feita, neste particular, é a avaliação dos riscos sobre a vida e a saúde da gestante, pois sem a segurança e o bem-estar da matriz seria irrelevante qualquer outro raciocínio em favor do feto. Depois dessa avaliação, chegando-se à conclusão de que o risco não existe ou é menor que o mínimo para a mãe, faz-se a avaliação dos riscos sobre a intervenção na criança que vai nascer, cuidando-se não só dos atos que não lhe tragam malefícios, mas também da importância e do alcance do resultado que se quer obter.

É claro que nem sempre é fácil essa avaliação e nem sempre existe uma disposição mais séria para isso – ora porque os casos apresentam sempre uma margem muito grande de subjetividade e de pontos de vista contrários, ora porque é da natureza humana minimizar as consequências quando outros interesses estão em jogo.

Mesmo assim, exige-se do médico que conduz o caso, ou do chefe da equipe responsável pelas condutas de intervenção fetal, que não se omita dessa avaliação, tão útil e necessária sob o ponto de vista médico, e tão significativa nas questões permeadas por conflitos éticos e morais. Pode-se dizer, com certeza, que, em toda apreciação em que pontificam nuances éticas ou legais, o analista do feito sempre se orienta pelas relações existentes entre os riscos e os benefícios da operação.

Ninguém pode esquecer também que parte da terapia fetal ainda permanece entre as manobras experimentais e, lamentável é dizer, muitas dessas intervenções continuam ainda escamoteadas pelo *modismo*. Por isso, os médicos mais jovens, muitos deles levados pela emoção e pelo entusiasmo imoderado, devem escrupulosamente evitar um ímpeto mais açodado em tais propostas terapêuticas ou propedêuticas, considerando sempre, em cada ato, se os benefícios esperados são maiores que os riscos. Não seria por outro motivo que se aconselha, mesmo nos centros mais avançados, que essas práticas de maior risco sejam submetidas à análise da Comissão de Ética do Hospital, ou que seja solicitado parecer de outros médicos especializados na mesma área, conquanto não façam parte da equipe que realizará a intervenção fetal.

d) *Da relação risco-benefício* – A sociedade moderna paga certo tributo em face dos benefícios que lhe empresta a tecnologia vigente. Este é o preço que paga também o paciente pelos mais espetaculares e arrojados avanços que a tecnologia oferece à medicina.

Não existe médico, por menos experiente que seja, ou paciente, por mais ingênuo que possa parecer, que não estejam cientes dos riscos gerados na tentativa de se salvar uma vida ou restabelecer a saúde,

através desses meios tão sofisticados. O mais tímido e discreto ato médico é passível de riscos.

A medicina atual nada mais é do que uma sucessão de riscos. O formidável aparato dessa medicina armada e tão invasiva – que transformou o mais tímido dos clínicos num cirurgião da medicina interna, com seus artefatos endoscópicos – trouxe ao Homem inestimáveis proveitos. Por outro lado, essa nova ordem não consegue evitar que surjam mais acidentes no exercício da profissão médica. E o pior: não se pode mais abrir mão desse perigo, simplesmente porque não é justo abdicar do que se passou a chamar de “risco-proveito”.

Mesmo que a relação contratual do médico com o paciente seja um acordo de meios e não de resultados, discute-se muito a responsabilidade do profissional quando esses riscos, mesmo esperados, são desnecessários. Pois entende-se que aquele resultado danoso poderia ser obtido por outros meios, não se justificando uma exposição ao perigo por tão mínimos resultados, mesmo cogitados.

Há momentos tão delicados, em que a possibilidade de risco é tal, que o médico passou a omitir-se. Criou-se assim uma medicina defensiva e cercada de muitos meios de justificação. Já se chegou até a dizer que, da mesma forma como a sociedade é beneficiada pelo progresso, apesar dos riscos, a sociedade deve aceitar as falhas advindas desse mesmo progresso. Não é por outra razão que a medicina antiga, tão espiritual e tão solitária, e, também, incapaz de grandes feitos, era menos danosa simplesmente porque gerava pouco risco. E, por isso, menos contestada.

Portanto, no caso em discussão, poderíamos fazer as seguintes indagações:

- qual a certeza do benefício que determinado procedimento iria trazer para o feto?
- será essa intervenção apenas mais uma manobra especulativa ou uma proposta já estatisticamente consagrada?
- esse risco é considerado mais que mínimo para a mãe ou para o feto?
- qual o montante de benefícios que tal intervenção bem-sucedida poderia contribuir para a futura criança?
- não poderia ser aguardado o nascimento da criança para se intervir com mais condições e com mais segurança?
- enfim, essa intervenção atenderia aos princípios da *beneficência*, da *autonomia* e da *justiça*?

É certo que nem sempre temos respostas objetivas e imediatas para tantos questionamentos. O bom posicionamento ético começa pela análise de cada caso, sopesando-se racionalmente os interesses da mãe, nos seus direitos de liberdade e de integridade corporal, com os interesses da criança que vai nascer em condições saudáveis – e ver o que é mais plausível.

Essa avaliação, é claro, variará de acordo com os danos que possam alterar a postura da mãe que se recusa e o risco do dano pré-natal à criança que vai nascer. Dependendo dessa relação entre o risco e o benefício e uma avaliação dos malefícios de uma conduta pré-natal omitente, discutem-se condutas persuasivas, coativas e obrigatórias.

Enfim, ninguém pode ser contrário ao avanço das técnicas em favor do combate às doenças e às desordens fetais. Ninguém seria ingênuo a ponto de admitir que muitas não tragam em suas práticas um risco embutido. Isso também não justifica a violência sobre um ser humano, qualquer que seja sua condição, qualquer que seja o seu estágio de vida, qualquer que seja o progresso pretendido.

E mais: é necessário que a comunidade seja sempre vigilante e organizada. Primeiro, para saber quais os critérios e quem são as pessoas que podem estar envolvidas em práticas dessa espécie. Em

segundo lugar, o mais importante: quem controlará o executante? O fato é que ninguém pode ficar fora dessa responsabilidade, porque estarão em jogo a sorte das liberdades individuais e o destino da condição humana.

e) *Dos conflitos do binômio mãe-feto* – Nas mais diversas formas de intervenção fetal, uma das implicações mais comuns é a recusa da gestante ante práticas capazes de favorecer o feto.

Se essa recusa é comprovada como negativa sobre uma intervenção rotulada até então como prática experimental ou de grande risco, cujos resultados são duvidosos e com probabilidade real de dano para a mãe, considera-se como aceitável a autonomia materna. No entanto, já começa a ser consenso em muitos países que o mesmo não seria considerado se se tratasse, por exemplo, da indicação de uma cesariana por placenta prévia, operação que seria de indiscutível resultado para o feto.

Com a eficácia, cada vez maior, da intervenção em favor da criança que vai nascer, esses conflitos entre o bem-estar fetal e a autonomia materna tornaram-se mais constantes. A tendência é a autorização do tratamento, no sentido de reduzirem-se ao máximo os riscos e a irreversibilidade das desordens fetais, como a cesariana, diante de um esperado sofrimento para o feto. Em casos como esse, a recusa da mãe não vem sendo aceita pelos tribunais. Do mesmo modo, as transfusões de sangue em benefício do feto têm sido de imposição quase unânime.

O dever maternal de evitar danos ao feto não pode ser descartado como um imperativo de ordem moral. Todavia, a partir do momento em que se amplia mais e mais o direito ao aborto, com justificativas ou sem justificativa nenhuma, maiores são os argumentos de certa corrente de opinião em favor da recusa da gestante e da desobrigação dela em favor do feto.

Por outro lado, muitos afirmam que, se a mulher não optou pelo abortamento, quando essa prática é legalizada, decidindo assim manter seu filho na expectativa de nascimento, a partir dessa decisão ela não pode deixar de colaborar, por todos os meios, em benefício da vida ou da qualidade de vida desse novo ser – a não ser que a intervenção fetal indicada seja considerada de risco mais que mínimo. Nesses casos, tanto deve ser avaliado o risco sobre o feto como o sobre a gestante. A partir do momento em que a mulher abre mão do aborto, como prática consentida, ela começa a assumir mais deveres com o feto.

Dessa forma, se o diagnóstico pré-natal confirmar uma perturbação com possibilidade reais de tratamento, com possível melhoria de vida, através de uma técnica de comprovado resultado e de risco mínimo para a gestante, a recusa materna envolveria um dano passível de ser evitado, e estaria, portanto, sujeita à sanção no momento específico da omissão ou depois do nascimento da criança.

Muitos acham que esse poder já estaria inserido nos direitos do estado, porque os benefícios em favor das pessoas justificam aquela intromissão. Todos acham, contudo, que o argumento moral de recusa da gestante só estaria justificado se os meios de intervenção fetal lhe proporcionassem um risco mais que certo de dano.

O tratamento compulsório, mesmo em face de um recurso eficaz e seguro, só deve ocorrer se a mulher for mentalmente enferma e se autorizarem seus responsáveis legais. Alguns admitem a autonomia absoluta da gestante sobre seu corpo e sobre o feto, considerando-o *pars viscerum matris*. Essa corrente, no entanto, tem angariado poucos adeptos.

Entre nós, não existe ainda uma jurisprudência firmada sobre o assunto, sendo esporádicas as situações em que se demanda sobre esse fato. O entendimento de alguns magistrados é o de que a mãe tem obrigação moral e legal para com seu futuro filho, pois, além de ela omitir-se de sua função social e de seu relevante papel de mãe, sua recusa não encontra amparo nas garantias constitucionais dos direitos de privacidade. Esse dever de mãe é o mesmo que ela tem para com uma criança nascida. O certo será conciliar sempre os direitos do feto, como expectativa de significativo valor, com a autonomia materna.

O imperativo ético que norteia a medicina é, primeiro, não causar dano (*princípio da não maleficência*). Por isso, o médico deve alertar que o *princípio da autonomia* não se justifica quando uma futura criança apresenta perturbação e necessita tratamento, ainda que com algum risco para a gestante. Esse dever moral é também de todos aqueles que se interessam em proteger o bem-estar das crianças.

Todo caso de recusa deve comportar, por parte do médico, maiores explicações à gestante e seus familiares. Todo esforço deve ser feito para administrar o conflito. Só em casos bem enfáticos da necessidade de intervir deve-se valer do Poder Público e, mesmo assim, é aconselhável que isto se realize através da Comissão de Ética do Hospital.

A mais extrema e controvertida opção de intervenção é a da punição ou tratamento compulsório sobre a grávida que não abre mão em favor do seu filho que vai nascer. Além do constrangimento indisfarçável, estão presentes os riscos de doenças que venham a ocorrer quando diante da recusa da gestante. Em nosso país, dificilmente um tribunal iria se inclinar pela intervenção sobre um feto, constrangendo a mãe a fazer o que não quer ou o que a lei não recomenda – a não ser diante do iminente perigo de vida dela própria.

f) *Da obtenção de um consentimento esclarecido* – Admite-se que o consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais representa uma delegação de poderes para aquilo que lhe é útil e necessário. O vínculo estabelecido entre o médico e o paciente apenas leva a crer um contrato de prestação de serviço, entendendo-se que houve uma concessão de poderes para o que ordinariamente deve ser feito.

Todavia, há de se compreender que isso não significa conceder poderes absolutos nem a isenção da responsabilidade profissional, pelos resultados danosos qualificados como imperícia, imprudência ou negligência. Cabe ao médico esclarecer seu cliente do maior ou menor risco de um tratamento ou de uma prática propedêutica, mostrando-lhe as vantagens e as desvantagens que dessa intervenção ou diligência venham a ocorrer – mesmo sabendo-se que, nos momentos mais cruciais, alguns esclarecimentos não podem ser feitos.

Isso também não exclui do médico a necessidade de um esclarecimento isento do caráter estritamente técnico em torno de detalhes de uma doença ou de uma conduta. A linguagem própria dos técnicos deve ser simplificada para o paciente ou seus responsáveis legais, senão a tendência será a interpretação confusa e arriscada. Exige-se apenas uma explicação simples, objetiva e honesta, permitindo-lhes uma tomada de posição que satisfaça seu entendimento.

Sabe-se, hoje mais do que nunca, que a ausência de informações suficientes a uma mãe sobre o filho que vai nascer, ou sobre si mesma, acerca dos riscos e resultados pode caracterizar infração ética ou legal. Assim, a questão do consentimento não está só na anuência de quem é capaz, mas no *consentimento esclarecido*.

Se o paciente não sabe ou não pode falar por si, estará o médico na obrigação de conseguir o consentimento de seus responsáveis legais, não esquecendo de que nem todo parentesco qualifica um indivíduo como representante legal, nem tudo que se permite é legítimo. Há situações tão delicadas que, mesmo existindo consentimento tácito ou expresso do paciente ou de quem o represente, não se justifica a intervenção, nem tal permissão tem valor, pois a norma ética ou jurídica pode impor-se a essa concessão, não autorizando tal prática. O que legitima o ato médico não é só a sua permissão, mas a sua indiscutível necessidade (*princípio da beneficência*).

Por outro lado, há situações tão delicadas e tão emergenciais que mesmo a recusa mais consciente e obstinada torna-se irrelevante, pois o médico está autorizado a agir ainda que contrário a essa vontade, pois há um bem mais elevado e mais irrecusável que prontamente deve ser protegido: a vida do paciente.

Finalmente, está evidente que a ausência de informações suficientes ao paciente ou a seus

responsáveis legais, sobre o risco ou resultados, visando a uma esperança de cura ou a uma estimativa de melhora, pode caracterizar-se como uma infração ética ou legal. A questão, portanto, não está só no consentimento, mas no *consentimento esclarecido*.

g) *Da conduta materna durante a gravidez* – A necessidade e desejo cada vez maior de se evitar o nascimento de crianças doentes ou com desordens embriológicas, certamente, vai levantar muitas discussões a respeito da liberdade reprodutiva da mulher e da conduta dos médicos que a assistem.

A verdade é que a maioria das mulheres em estágio de risco gestacional aceita bem as determinações sobre o tratamento e contribuem nos procedimentos que possam ajudar a prevenir ou minorar as consequências das fetopatias. Elas se abstêm de certos comportamentos de risco e seguem a orientação médica, ou permitem quase todas as intervenções destinadas a melhorar o nível de vida e de saúde do filho que vai nascer.

O mais difícil nesta questão é quando a paciente ou seus familiares não aceitam ou não permitem continuar um tratamento ou fazer os exames necessários, por considerá-los fúteis ou imprestáveis. Em tais eventualidades, deve o médico esgotar todos os meios para conquistar a adesão deles, só podendo intervir diante de iminente perigo de vida.

O conceito de *futilidade médica* começa a ganhar espaço na discussão dos problemas de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes presos a quadros irreversíveis. Esta é uma questão muito delicada. Por isso, é preciso que se faça uma análise bem cuidadosa e só se considere tratamento fútil aquele que não tem objetivo definido, que não é suficiente ou capaz de oferecer esperança de uma qualidade de vida mínima e que não permite qualquer eventualidade de sobrevida.

O certo, diante de tais casos, é aplicar corretamente os fundamentos dos princípios da *beneficência* ou da *não maleficência*, da *autonomia* e da *justiça*. O princípio da beneficência ou da não maleficência é aquele que se baseia na condição de o médico saber aliar as possibilidades terapêuticas com uma expectativa de cura ou a certeza de não trazer mais sofrimento, mal-estar e constrangimento ao paciente, inspirado nas razões do *primum non nocere* e entendendo que, na maioria das vezes, deve prevalecer a beneficência sobre a não maleficência.

O princípio da autonomia está justificado pelo acatamento que se deve à liberdade do paciente e pelo respeito que merece a dignidade humana, mas que não se pode sobrelevar ao princípio anterior. Nos casos de tratamento fetal, o seu interesse não depende tão só do entendimento dos pais, pois eles têm apenas o direito de proteção e não o de recusar condutas que possam trazer benefícios ao filho que vai nascer. Por fim, o princípio da justiça se impõe quando há necessidade de estabelecer a relação entre os custos e os resultados, não podendo, é claro, prevalecer sobre os princípios anteriores.

Ao lado disso, não são todas as mulheres que estão conscientes desses fatos ou alertas para os perigos das posturas consideradas inadequadas. Algumas delas não alcançam o significado das recomendações nem a importância dos tratamentos capazes de influir positivamente para evitar ou diminuir os defeitos congênitos. Outras vezes, mesmo diante de uma atitude de boa vontade, elas carecem de orientação pré-natal e de opções de tratamento que certamente evitariam tais defeitos. Por fim, há mulheres que ignoram o diagnóstico da desordem fetal ou simplesmente recusam o tratamento, originando, assim, crianças doentes ao invés de crianças saudáveis.

Como avaliar cada recusa? Qual deveria ser a providência do Poder Público em relação a essa conduta e qual seria a posição do médico, nessas situações? Sobre uma coisa ninguém discorda: a necessidade que tem o Poder Público de usar de todos os meios a seu alcance no sentido de propor uma política de prevenção dos danos pré-natais, mesmo sabendo-se das dificuldades de uma intervenção em certos contextos, como diante da nocividade do uso do álcool e de outros tóxicos, da presença de certas

doenças sexualmente transmissíveis e da insalubridade dos locais de trabalho capazes de comprometer a qualidade da vida fetal.

Em alguns países já se cogita de sanções às mulheres, depois do nascimento, por recusa culpável e causadora de sérios danos ao filho. O nascimento dessa criança defeituosa só não seria punido se não existisse lei contra o aborto após a viabilidade do feto.

Desse modo, na medida em que novas formas de danos pré-natais tornam-se conhecidas, avaliam-se na sociedade os tipos de pressão capazes de mudar o comportamento da mulher grávida e os motivos relevantes para que os médicos as orientem sobre este ou aquele tipo de comportamento de risco. Esforços públicos para modificar esses comportamentos são, às vezes, controversos, por muitos motivos, entre eles o de que as mulheres não podem responder sobre falhas no nascimento de filhos defeituosos.

Aliados a tal concepção, ainda há grupos organizados e mais exaltados em favor das liberdades feministas, que se insurgem contra o controle público dos corpos das mulheres grávidas, mesmo para a prevenção de crianças malformadas, porque receiam qualquer tipo de controle, por considerarem-no uma intervenção indébita e violenta sobre os direitos da mulher, por temerem a possibilidade da criação de um *status* legal para o feto e por se verem ameaçados nos seus direitos de abortar.

h) *Das obrigações da sociedade para com a criança que vai nascer* – As obrigações da sociedade para com a criança que ainda vai nascer é também uma questão muito complexa e está apenas no início de uma longa discussão. Por isso mesmo, não existe uma definição muito precisa, capaz de apontar uma solução mais consensual. Essas obrigações pré-natais são, portanto, muito confusas, tanto pelo caráter íntimo das primeiras fases da gestação como pela inexistência de um instituto jurídico que, neste particular, defina e proteja o feto no útero materno.

No momento em que a sociedade definir de vez essas obrigações para proteger a criança não nascida, com certeza vai existir também uma definição de limites da conduta da futura mãe, limites estes que não seriam impostos se ela não estivesse grávida ou se optasse pela prática do aborto descriminalizado. Mesmo assim, os privilégios da mãe na proteção de sua integridade corporal seriam sempre maiores que as obrigações que ela admite ter em favor do bem-estar fetal.

No entanto, a sociedade pode exigir, da mulher que decidiu ter o filho, uma obrigação a partir da opção de escolha, pois, se todas as pessoas têm obrigação de não prejudicar as crianças depois que nascem, devem também, pelos mesmos princípios éticos, absterem-se de prejudicar as crianças que ainda vão nascer. Em suma, a mulher que livremente decidiu levar a termo o filho que ela alberga em seu ventre tem o dever de prevenir dano quando ela puder normalmente fazê-lo. A idade da gestação não é motivo para se deixar de implementar políticas no sentido de evitar danos, melhorando as condições de vida e de saúde em favor da criança esperada.

É muito importante também salientar que os direitos de o feto não sofrer danos no pré-natal não são muito diferentes dos direitos que ele tem de completar seu estágio uterino. Parece-nos que os deveres para com o feto, em si mesmo, e os deveres para com ele porque vai nascer não são diferentes. Proteger o feto contra danos no pré-natal de forma alguma interfere nas razões para completar a gravidez. A questão levantada não é se o feto tem ou não o direito de ir a termo, mas o seu direito de nascer em condições compatíveis de normalidade.

A tendência atual dos médicos é falar sempre do feto como paciente, sem discriminação, sem limitação de qualquer natureza. A sociedade deve entender, pelo mesmo raciocínio, que um feto que está indo a termo é um paciente e um ser humano, pela expectativa de que nascerá vivo e será, por isso, uma pessoa com direitos. E não por causa de os médicos terem o dever de trazer todos os fetos a termo, às vezes sem considerar os desejos da mãe. A dúvida está num fato só: saber se, nos casos em que a

sociedade permite o aborto, os fetos são ou não considerados pacientes.

A sociedade também faz uma análise diferente quando a criança não deve nascer por causas genéticas ou por outros fatores intrauterinos evitáveis em estágios mais adiantados da gravidez. A posição mais intolerante da sociedade é quando uma criança portadora de desordens genéticas ou outras perturbações, mesmo evitáveis, vem a termo. O nascimento dar-se-á porque as pessoas não têm outra alternativa, a não ser conviver com uma criança de vida mais precária. Parte dessa sociedade vai constranger as pessoas que tiverem de apoiar o nascimento das crianças que agora estão com defeito.

Destarte, teremos a seguinte indagação: a sociedade tem o direito de interferir na concepção ou no nascimento de uma criança com possibilidade de defeito, como forma de se evitarem os custos no sentido de beneficiar outras pessoas? Qualquer que seja a resposta, toda medida política coercitiva nesse particular é mais irrisória do que a consciência de cada um em relação ao dano evitável.

Várias opções políticas são elencadas para influenciar o comportamento de uma mulher durante a gravidez, no propósito de favorecer o bem-estar do feto. Essas políticas variam desde a concordância voluntária através da educação e do acesso aos serviços pré-natais até as sanções e pressões sobre a gestante. Insistir na aquiescência espontânea é a mais fundamentada das políticas, porque respeita os direitos das liberdades civis e a privacidade da mulher, e, ainda, porque é a mais possível de ser efetivada.

Se não quiserem evitar uma conduta danosa, muitas mulheres, no futuro, vão optar por um aborto, em vez de trazer um feto defeituoso à vida. A primeira medida a ser tomada é garantir que elas sejam informadas adequadamente e que tenham acesso aos meios de tratamento capazes de evitar dano ao feto. Uma sociedade verdadeiramente preocupada em evitar danos pré-natais nas crianças pode fazer muito no sentido da educação e da implementação dos serviços para prevenir que tais danos ocorram.

Uma postura que deve estar sempre presente no papel do médico é estimular o tratamento voluntário. No entanto, sempre existirão mulheres que não concordam ou que não alcançam o valor de uma conduta adequada e terminarão por contribuir para os danos de um feto que poderia ter nascido saudável.

Deveria o estado ir além da educação e punir o comportamento irresponsável durante a gravidez, impondo sanções civis ou criminais, quando venha a ocorrer um dano real à criança? Deveria o estado prevenir o dano antes que ele ocorra, punindo a mulher ou obrigando-a ao tratamento? Essas são indagações para as quais não se tem ainda uma resposta que possa favorecer, ao mesmo tempo, os direitos da mãe, as necessidades da futura criança e os interesses da coletividade.

As obrigações e os deveres analisados até agora devem ser anunciados através da divulgação de programas preventivos com fortes efeitos visuais, tendo-se em conta que a principal política ainda é a da conscientização induzida pela massificação das informações às comunidades, principalmente àquelas menos esclarecidas. Um programa educativo que proporcione às mulheres informações sobre exames e tipos inócuos de intervenção. Discute-se a época ideal de tais intervenções.

Forçar ou pressionar as mulheres é a mais difícil de todas as iniciativas. No entanto, se a situação chega a um impasse, o correto será transferir a solução do problema para a autoridade constitucional do estado, responsável pelas políticas de bem-estar das crianças. Essas situações serão normalmente raras, porque vão requerer provas evidentes para se vencer a recusa maternal, como meio de prevenir danos ao feto.

Também só se deve insistir numa intervenção que possa ter um tratamento indicado e expectativa de êxito. Apesar de os recursos tecnológicos poderem aumentar as possibilidades de tratamento na prevenção dos defeitos fetais, eles não garantem isso de forma absoluta. Um mau resultado seria certamente mais um conflito na relação profissional de médico.

## 12.5. O FETO E A PESQUISA

Um fato que vem preocupando mais recentemente é a utilização de fetos humanos em experiências científicas, durante a gravidez ou quando retirados vivos do útero materno.

Ninguém discute a validade da manipulação fetal ou uterina quando legitimada por uma ação diagnóstica ou terapêutica prudente em favor do feto ou embrião.

Na França, o Comitê de Ética para as Ciências Humanas e a Saúde autorizou apenas a utilização especulativa de fetos quando comprovada sua morte e sempre que os pais não se oponham.

Ultimamente, surgiu na Inglaterra uma grande polêmica, quando John Stevas, um obstinado opositor do aborto, denunciou ter conhecimento de que fetos estavam sendo levados para pesquisas numa clínica de aborto particular de Londres. E o mais grave era saber que os mesmos estavam sendo vendidos.

De tudo isso, chegou-se à conclusão de que alguém iria tentar manter um feto vivo fora do útero, a fim de observar como poderia ele evoluir.

Um editorial do *Medical News – Tribune*, ao discutir sobre tal fato, dizia que o grande dilema era saber se a utilização de fetos vivos em pesquisa constituiria uma experiência em seres humanos.

O Ministro da Saúde imediatamente nomeou um comitê para opinar sobre o problema, e a primeira decisão desse órgão foi prevenir essas clínicas particulares, deixando bem claro que embriões vivos não deveriam ser fornecidos por elas para nenhuma pesquisa.

Posteriormente, em outro editorial de ponto de vista diferente, publicado no *British Medical Journal*, foi demonstrado que a lei protege contra homicídio apenas os seres humanos que tenham nascido vivos, mas que em relação aos fetos dispensa um amparo muito pequeno. Afirmava ainda que o crime de destruição de crianças somente podia ser configurado se elas, na realidade, nasciam com vida.

É óbvio que tais conceitos não poderiam ter acolhida entre nós, onde a legislação está fundamentada eminentemente no amparo e na proteção à vida humana, qualquer que seja seu estágio de desenvolvimento, pois é ela justamente o bem que o direito defende com o máximo rigor. Por isso, achamos ter chegado o momento de criar-se o “Estatuto Jurídico do Embrião e do Feto”, e com muito mais razão nos países onde o aborto está descriminalizado.

## 12.6. MEIOS DIAGNÓSTICOS INVASIVOS

A cada dia que passa, maiores são as possibilidades de serem diagnosticadas no pré-natal as condições de saúde ou a presença de anomalias ou desordens genéticas fetais. É claro que estamos ainda muito distantes da época em que essas técnicas invasivas de diagnóstico tornem-se acessíveis a toda a população.

Por isto, devem ter sua indicação restrita aos casos especiais, como nas anomalias identificadas pela ultrassonografia, na determinação do sexo fetal por interesse em certas doenças ligadas ao sexo; quando pais e irmãos são portadores de anomalias cromossômicas; e, para a maioria, quando a idade materna é acima de 40 anos, mesmo sabendo-se que grande parte das crianças portadoras de aberrações cromossômicas são filhas de mulheres jovens e sem antecedentes desta ordem.

Qualquer que seja o avanço de tais técnicas da invasão da cavidade uterina, entende-se que o processo mais seguro para o feto ainda é a sua permanência sossegada. Leve-se em conta, também, que o problema não está apenas no caráter invasivo do método e do seu potencial de risco.

Assim, por exemplo, a existência de uma relação entre os níveis baixos de alfafetoproteína no soro materno e a presença de anomalias cromossômicas fetais a partir da 15ª semana de gravidez podem

transformar-se num fator de risco, pois essa concentração de alfafetoproteína – além de ser diferente em cada semana da gestação e de apresentar índices diversos em cada caso – não implica a existência de uma concentração-padrão de anomalia.

Ela varia muito de acordo com a raça, a altura, a idade, o peso e a presença ou não de diabete na gestante, concorrendo para a imprecisão de caso a caso. Se for usada essa técnica indiscriminadamente, constitui-se sério fator de risco. Assim, é preciso ficar bem esclarecido que só se deve aceitar a intervenção que possa melhorar a qualidade e as características da criança que vai nascer, atuando na sua existência mais precoce ou imediatamente após o parto. Por outro lado, não se pode deixar de criticar o sentido dessas novas tecnologias, considerando-as tão só como instrumento de especulação ou se seus resultados em nada ajudam o feto.

Outra coisa que deve ser avaliada sempre é a possibilidade de o método apresentar um percentual de risco e, por isso, só se deve usá-lo por motivos bem relevantes. Realizar qualquer desses exames simplesmente para responder a uma ou outra curiosidade é um ato que não encontra justificativa nos princípios éticos do exercício profissional do médico. O mesmo não se dá, por exemplo, quando o exame tem em vista uma avaliação no sentido de favorecer o tratamento de uma má formação ou de doença fetal mais grave.

Aqueles que exercem suas atividades no campo da medicina fetal, sejam elas diagnósticas ou terapêuticas, entendem que o mais difícil em tudo isso são os problemas éticos e jurídicos levantados. A começar por avaliar se a perturbação fetal apresentada tem alguma possibilidade concreta de tratamento, levando-se em conta o estágio atual da medicina fetal e as condições instrumentais e humanas disponíveis. Depois, porque muitas dessas propostas, daí em diante, teriam por desdobramento a prática abortiva, prestando-se tais exames, por isso mesmo, como estímulo ou colaboração para o abortamento.

Há até uma corrente que admite serem os exames pré-natais inúteis ou de servirem apenas para a seleção de fetos. Outros aceitam o exame, mas consideram o feto pessoa de direito e o médico como detentor de autonomia e consciência profissional, mesmo em face do pedido de aborto por parte da gestante ou da família. Em suma, todos os meios de diagnóstico pré-natal, mesmo considerados de algum risco, são plenamente aceitáveis e não devem merecer nenhuma censura, quando usados em favor da criança que vai nascer e estimulados pela perspectiva de uma melhor qualidade de vida.

Existe um consenso de que os programas de diagnóstico pré-natal sejam destinados apenas às mulheres grávidas incluídas em grupos chamados de risco, em virtude de seus aspectos econômicos em face de outras prioridades de saúde pública, de suas complexidades e de sua incidência de falsos resultados. É consenso também que esses testes sejam feitos em laboratórios de alta qualificação, com padronização rigorosa e acompanhamento de qualidade, estabelecendo-se critérios para evitar os falso-positivos e falso-negativos, afastando com isso o sofrimento ou a falsa expectativa dos familiares.

É necessário, ainda, que se mantenha rigoroso sigilo em torno dos resultados e que não se negue às mulheres grávidas o verdadeiro diagnóstico, preparando-a, da melhor forma, para receber a criança com defeito ou submetê-la ao tratamento pré-natal aconselhável. Tudo isto no sentido de considerar o feto como um paciente – e, mais que isso, um paciente cirúrgico – e não apenas um simples produto da concepção. Alguns procedimentos operatórios já são viáveis, como a hérnia diafragmática congênita, a hidrocefalia, o hidrotórax e as uropatias obstrutivas.

A análise do aspecto amniótico, a obtenção de amostras de sangue fetal por visão direta, a retirada de pele do feto, o diagnóstico intrauterino das hemoglobinopatias, entre tantos, são indícios indiscutíveis de que há inestimável progresso no campo da medicina fetal. Isso nos põe na esperança de que, depois dos diagnósticos de muitas patologias fetais, tornou-se viável o tratamento nessa fase de vida, sempre no

sentido de reduzir cada vez mais sua morbimortalidade.

Parte das anomalias fetais é identificada através de *amnioscopia*, *amniocentese*, *embrioscopia*, *fetoscopia*, *biópsia da vilosidade corial*, *cordocentese* e *biópsia do embrião*. Embora se apregoe tanto a total inocuidade desses métodos, vale dizer que tais procedimentos não deixam de trazer certo risco ou preocupação, principalmente quando eles pouco ou quase nada trazem de benefícios para a futura criança.

Assim, ninguém discute a validade da *amnioscopia* como auxiliar no diagnóstico das condições fetais, nas gestações de alto risco, na confirmação da ruptura da bolsa, na suspeita de morte fetal. Mas ninguém pode omitir a possibilidade de surgirem algumas complicações, como sangramento, infecções do ovo, amniorrexe e desencadeamento do parto, complicações essas que, sendo geradas por imperícia, imprudência ou negligência, certamente trazem para o autor repercussões constrangedoras.

A punção da cavidade amniótica – a *amniocentese* –, no intuito de retirar pequenas quantidades de líquido amniótico ou de introduzir substâncias na câmara, no esvaziamento do polidrâmnio, na gestação de alto risco, na alimentação intrauterina e no estudo do líquido, como informações de doenças congênitas do mecônio e da maturidade fetal, é prática de indiscutível valia. Por sua vez, indicar a amniocentese com a finalidade meramente especulativa de determinar o sexo fetal, seja através dos 17-cetosesteroides, dos elementos da descamação epitelial ou da cromatina sexual, além de representar certo risco, leva a crer que essa prática busca um resultado irrelevante, se o seu propósito é apenas a curiosidade de saber o sexo da criança que vai nascer.

Não se pode pensar da mesma forma se o exame tem a aplicação voltada para o tratamento de doenças ligadas ao sexo. Mesmo não existindo praticamente nenhum risco materno, as desvantagens desse método estão no fato de os seus resultados só lograrem êxito, no diagnóstico das desordens genéticas, a partir da 16ª semana de gestação, contadas a partir da última menstruação, para se obter o cariótipo fetal em aproximadamente 15 a 20 dias após o exame.

A vantagem é que todas as aberrações cromossômicas fetais são diagnosticadas com precisão e que o risco de perda fetal é muito pequeno, embora possam surgir complicações como embolia amniótica, descolamento prematuro da placenta, hemorragias fetais, parto prematuro, infecção intrauterina e isoimunização do fator Rh. Por isso, recomenda-se, sob o prisma da responsabilidade profissional, optar sempre pelos exames não invasivos que se mostram sem risco para a mãe e para o feto.

Na análise da avaliação do risco-benefício da amnioscopia, deve ser levada em conta a indicação, o risco da técnica e a decorrência dos resultados. Por fim, sendo a nossa constituição genética estruturada no DNA, idêntica em todos os tecidos de nosso corpo, pode-se utilizar uma grande variedade de células. Tal fato nos permite fazer a determinação pré-natal da paternidade, através do estudo de tecidos fetais obtidos pela amniocentese e pela biópsia de placenta e/ou de vilosidades coriônicas.

Com o mesmo raciocínio de antes, essas técnicas só devem ser utilizadas quando seus riscos estiverem justificados, quando estiver evidente o interesse do feto por motivo de doenças ligadas à paternidade, não se servindo, portanto, para determinação de paternidade de interesse judicial, o que será feito, com todas as vantagens, após o nascimento da criança.

A observação do embrião, entre 7½ e 11 semanas, por visão direta (*embrioscopia*) – como elemento significativo no diagnóstico pré-natal de doenças hereditárias, hemoglobinopatias, hemofilias clássicas, doença granulosa crônica, algumas desordens metabólicas, ou como avaliação de anomalias anatômicas fetais congênitas e obtenção de amostras de sangue –, também não deixa de ser proveitosa. Porém, essa técnica, além de exigir uma específica habilidade, há de ter uma indicação muito precisa, não só por ser manobra difícil, senão, ainda, pelos riscos que se apresentam bem elevados.

Se tal procedimento for considerado simplesmente especulativo, sem nenhum proveito para a mãe ou para o embrião, constitui-se numa forma de periclitacão e, conseqüentemente, uma exposiçãodesnecessária ao perigo, delito tipificado na legislaçãope nal brasileira, independentemente de se haver causado dano. Pode ser agravado pelo resultado lesivo, como infraçãoculposa.

A *fetoscopia*, como método direto e invasivo, vem sendo deixada de lado entre os meios de diagnóstico, em face da positividade dos resultados do ultrassom, porém se justifica ainda em alguns casos, como, por exemplo, na biópsia de pele fetal. De todos os métodos diagnósticos, parece-nos este o que mais se aproxima de uma proposta em favor da qualidade de vida fetal e das possibilidades de contribuir para uma melhor forma de saúde e bem-estar depois do nascimento da futura criança.

A *biópsia da vilosidade coriônica* é um exame feito na placa corial, que vai dar origem à placenta e que tem a mesma constituição genérica das células do feto. A grande vantagem deste exame na amostra do vilo corial é a de poder ser realizado já a partir da nona semana de gestação, permitindo, desde esta época, o diagnóstico de doenças metabólicas e cromossomiais, com resultados do exame após 72 horas. Mas apresenta também sérias desvantagens, como o risco de provocar malformações fetais, abortamento, sangramento e a possibilidade de promover o oligohidrânio.

Como os demais, este exame deve ser feito na perspectiva de melhorar as condições de vida e de saúde da criança que vai nascer. Com esse propósito, não há o que censurar. Assim, por exemplo, se esse diagnóstico tem o propósito de promover uma terapia fetal por manipulação genética, por meio de técnica do DNA recombinante, isso seria muito importante. Por outro lado, se tem como projeto apenas informar certas desordens genéticas que não são amparadas pelo aborto chamado eugênico, no mínimo o que faz é criar uma situação constrangedora.

Desse modo, o grande inconveniente de tal prática diagnóstica é, quando diante da certeza de um resultado positivo, a impossibilidade de se praticar um abortamento descriminalizado. Podemos até concordar com uma ampla discussão sobre o tema, apontando para uma possível política de prevenção de tais ocorrências. Mas não se pode, em nome disso, encaminhar as mulheres para a interrupção da gravidez, qualquer que seja nossa concepção a respeito do assunto. É inadmissível aceitar-se o progresso tecnológico da medicina que não seja em favor da vida, e, no caso em particular, da recuperação de crianças malformadas – e não que se preocupe simplesmente em eliminá-las.

A colheita de sangue fetal do cordão umbilical – *cordocentese* – deve ser feita sempre como um procedimento opcional e quando haja real necessidade, entre outras a de diagnosticar viroses e protozooses, nunca devendo ser utilizado como método de rotina. Se o exame de sangue do cordão fetal for positivo para rubéola ou toxoplasmose, indicando que ele adquiriu a infecção e, ainda, sem se saber se o feto será bem ou malformado, pergunta-se: este seria um critério suficiente para a indicação do aborto? Quem teria o poder de decidir: a sociedade, a família ou os pais? Como deveria agir o médico diante de tal situação?

Mesmo que o resultado seja negativo, isto não é sinal absoluto da não existência de infecção fetal, em virtude de resultados falso-negativos. O mesmo se diga quanto aos resultados positivos, porque nem sempre é indício absoluto de malformação fetal, pela existência de resultados falso-positivos. O resultado da análise do sangue fetal deve merecer a mesma avaliação, tanto para a rubéola como para a toxoplasmose. Devem ser tratadas nas suas formas agudas, levando em conta apenas o tipo de medicação a ser indicado na grávida, em face da possibilidade teratogênica de certos medicamentos.

Por sua vez, o direito de decidir sobre o aborto, em nossa cultura jurídico-social, não pode ser de um ou de outro indivíduo isoladamente, mas do que avalia e conclui o legislador. Isto porque, em nosso caso particular, as malformações cabem num espectro muito variado de situações, e elas podem ser físicas,

psíquicas e bioquímicas – e algumas até se manifestam após o nascimento.

Muitas vezes, o limite entre o normal e o anormal é muito vago. Não é exagero afirmar-se que todos nós somos portadores de alguns genes que, em estado homozigótico, são capazes de produzir uma malformação.

Resta-nos, como médicos, em consonância com os princípios éticos e jurídicos da cultura a que pertencemos – e quando diante de resultados positivos que indiquem uma malformação –, envidar todos os esforços para que as disponibilidades científicas e tecnológicas sejam usadas sempre na direção da melhoria da qualidade de vida da criança que vai nascer.

Finalmente, no que diz respeito à cordocentese, como forma de transfundir sangue, no interesse qualitativo e quantitativo da vida fetal, é de tanta valia que não pode merecer qualquer tipo de censura, pois isto é feito no propósito de contribuir com o bem-estar da criança que vai nascer. Até alguns riscos advindos desta prática, para o binômio mãe-feto, devem ser relevados pela indiscutível e meritória proposta.

O sentido das técnicas de *biópsia do embrião*, antes de sua implantação no útero, tem quase sempre o propósito de interromper a gravidez em sua fase mais precoce, evitando, dessa forma, os constrangimentos criados pelos ciclos mais demorados de uma gestação. Em síntese, os embriões não comprometidos teriam sua transferência para implantação no útero materno, sendo os demais sacrificados. Essas técnicas adquiriram notoriedade a partir da fertilização *in vitro* e da transferência de embriões e, com isso, a possibilidade de não transferência de embriões afetados.

## 12.7. ATOS MÉDICOS PERIGOSOS E POLÊMICOS

a) *Efeito medicamentoso sobre o feto*. Somente depois do “desastre da talidomida” é que se veio a dar maior relevo aos efeitos teratogênicos sobre o feto por administração medicamentosa às mulheres grávidas. Hoje, ninguém mais discute a toxicidade real ou potencial de certos fármacos, produtores dos mais numerosos acidentes terapêuticos iatrogênicos capazes de comprometerem o feto ou o neonato. Daí a necessidade de cada remédio ser avaliado cuidadosamente quando administrado de forma isolada ou associada, pois pouco ou quase nada se conhece de farmacologia clínica.

Se o médico prescreve um desses remédios reconhecidamente causadores de teratogênias, em especial aqueles que são desaconselhados às gestantes, pode responder penal ou civilmente pelos danos causados.

b) *Parto à Leboyer*. Hoje é do consenso geral a necessidade, cada vez mais constante, da presença do pai no nascimento do filho, como também as vantagens advindas dos primeiros contatos do recém-nascido com a mãe. Em nome disso, infelizmente, vem existindo, por parte de alguns, verdadeiro exagero, quando famílias inteiras acorrem às salas de parto, ao som de música, expondo, assim, o neonato a manipulações intempestivas, levando ao risco dos acidentes, da contaminação e da aspiração de mucosidades devido ao posicionamento indevido do infante. Esse tipo de encenação, quase sempre cercado de sensacionalismo, de caráter promocional e clientelista, pode resultar em danos graves e penosos ao recém-nascido, cabendo aos responsáveis a imputação do delito de culpa, circunstanciado pela imprudência, desde que efetivada uma lesão à mãe ou ao filho.

c) *Cesárea “post mortem”*. Nada mais sensacional e gratificante que resgatar um feto vivo do cadáver de uma mãe. A cesárea depois da morte, embora seja uma prática antiga, ainda encontra certa intolerância por parte de uma fração da comunidade. Isso devido à forma imediata e dramática da intervenção. No entanto, diante de uma situação indiscutível de morte e da possibilidade, mesmo remota,

de retirar-se um feto vivo do útero, não há como negar a validade de tal gesto. Para isso, é necessário que o médico esteja certo da inexistência da vida da gestante, tenha usado de todos os recursos disponíveis para um diagnóstico real de morte e, se possível, que disponha ele do assentimento de um colega, no sentido de evitar especulações cavilosas no futuro.

Considera-se que a obrigação do médico de praticar a cesárea nestas circunstâncias se torna imperiosa pelo direito indiscutível de viver do novo ser, mesmo que não exista nenhuma tipificação penal na legislação a respeito do assunto. Noutras legislações, caracteriza-se a não intervenção como omissão de socorro. Por outro lado, existindo a possibilidade de sobrevivência do feto, o médico omissor poderá responder por dano civil, conforme está estatuído no artigo 1.545 do Código Civil brasileiro: “Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.”

Não obstante, é preciso que se evite a intervenção em gestantes agonizantes ou incuráveis, pois esse procedimento, além de conflitar com os princípios mais elementares da tradição médica, resultará inevitavelmente numa forma de infração contra a vida, uma vez que, para a lei, o fim da pessoa só ocorre depois do último alento. O fato de dizer que se está intervindo para salvar a vida de um nascituro, uma vez que é impossível salvar a vida da gestante, não justifica. Só é lícita a intervenção depois de confirmada a morte da mãe.

d) *Manipulação genética*. Se essa manipulação é feita no interesse do indivíduo, para melhorar suas futuras condições de vida ou evitar perturbações ou anomalias, é ela lícita e necessária, pois não violenta a dignidade humana nem expõe o homem a situações de aviltamento. Assim, se a ciência é capaz de fazer com que alguém, antes, durante ou depois de sua concepção, receba genes na tentativa de se livrar de uma doença hereditária e grave, não há o que se opor.

Por outro lado, caso venha a chamada engenharia genética a penetrar na intimidade do espermatozoide ou do óvulo, alterando-lhes seu *código*, no interesse meramente especulativo da ciência ou do investigador, ou na tentativa da criação dos clones e dos *híbridos*, por exemplo, estaremos pisando num terreno minado pela frivolidade e pelo desrespeito aos valores do homem e do cidadão.

## 12.8. CONCLUSÕES

Após todas essas considerações, concluímos que, se os meios e os recursos utilizados em torno do feto não alcançarem o sentido de proteção e de melhoria da qualidade de vida da criança que vai nascer, tudo isso não passa de algo pobre e insignificante.

Torna-se muito difícil justificar uma evolução tão fantástica da tecnologia e das ciências médicas que não esteja seriamente comprometida com a melhoria de vida e com o bem-estar das pessoas, mas que se incline deliberadamente a uma forma prática e mais cômoda de eliminá-las.

Mesmo se sabendo das inúmeras limitações terapêuticas da medicina fetal, quando é impossível a cura ou a alteração do curso de tantas doenças, o papel desta nova especialidade não deve ser apenas o de diagnosticar. É preciso que o diagnóstico genético pré-natal tenha uma proposta que vá além da possibilidade de se praticar um aborto em condições consideradas favoráveis para a gestante. Mas que permita conhecer o estado de saúde ou de enfermidade do feto, chegando-se à prevenção secundária dos transtornos genéticos mais graves, e criar as condições de melhoria na qualidade de vida da futura criança.

E mesmo que essas técnicas sejam utilizadas no estágio de clivagem ou de blastocito, elas não

deixam de merecer as mesmas considerações de outras técnicas usadas em fases mais avançadas da gravidez. O que se discute não é o tamanho ou o tempo de existência de um ser humano, mas o significado que ele tem, qualquer que seja sua idade ou sua configuração, na transcendente respeitabilidade que exige a condição humana.

No uso de cada procedimento diagnóstico invasivo, não se deve apenas avaliar a correlação entre o risco e o benefício, mas saber a utilidade do recurso que se vai aplicar. Muitos desses meios diagnósticos são de resultados altamente confiáveis; e outros – malgrado todo empenho, como as técnicas para assinalar erros inatos do metabolismo – ainda se mostram de baixa sensibilidade e pouca especificidade; por isso, em face de seu estágio experimental, não estão livres de erro.

Qualquer que seja o grau de malformação ou de desordem genética congênita diagnosticada no feto, o conhecimento desses resultados deve ser passado aos pais ou familiares de forma clara, objetiva e em linguagem simples, sobre o curso, diagnóstico e prognóstico, de forma que essa informação não se transforme num relato frio e brutal, mas num tipo de relação respeitosa e sensível, capaz de compreender e ajudar nos problemas derivados de uma situação de tal natureza.

O Código Penal brasileiro em vigor não atende ainda à interrupção da gravidez frente a um diagnóstico de malformação fetal. Todavia, alguns juízes, em casos isolados, já autorizaram o abortamento em casos de fetos anencefálicos, sem julgar essa prática como indicação eugenésica, mas, tão só, levando em conta a existência de um feto cientificamente sem vida, incapaz de existir por si próprio.

Por fim, o que para muitos constitui a questão fundamental: o embrião humano é *ser humano* ou *coisa*? E, como tal, vem a ser protegido pelo Direito? Em primeiro lugar, não se diga que esse assunto é de pura especulação, pois ele transcende o seu interesse meramente teórico. Se a vida humana se inicia na fecundação, na nidação, na formação do córtex cerebral ou, até, no parto, isso é uma questão de princípios e de interesse – cabendo apenas aos que admitem iniciar-se ela nos últimos estágios (como, por exemplo, na nidação) explicarem que tipo de vida é essa que existe na fase anterior.

A vida humana tem algo muito forte de ideológico e, portanto, não pode ter seus limites em simples fases de estruturas celulares. Se é ou não pessoa o embrião humano, parece-nos mais uma discussão de ordem jurídico-civil, que não adota os fundamentos da biologia, embora seja difícil entender como podem existir, entre indivíduos da mesma espécie, uns como seres humanos pessoas e outros como seres humanos não pessoas.

Ao que se quer chegar, pelo menos, é à sua condição de ser humano, pelo que isso significa, neste momento de tanto tumulto e de tanta inquietação – e nesta exata hora em que o sentimento se distancia mais e mais, e quando a indiferença parece ter tomado conta do mundo.

## 12.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BISCAIA, J. Os direitos do feto. Cadernos de Bioética, ano XI, n. 24, p. 31-42, dez. 2000.
- \_\_\_\_\_. Problemas éticos do período perinatal. In: NEVES, M. C. P. (Coord.). Comissões de ética. Das bases teóricas à actividade quotidiana. 2. ed. rev. e aum. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
- CECHINE, A. L. Ética em medicina. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
- CLOTET, L. Reconhecimento e institucionalização da autonomia da paciente em estudo. Bioética, n. 1, p. 57-63, 1993.
- DEROBERT, L. Droit médical et déontologie médicale. Paris: Flammarion Médecin-Sciences, 1974.
- FONSECA, J. M. O nascituro sob o ponto de vista jurídico. Arquivo de Medicina Legal e Identificação, ano III, n. 6, 1933.
- FRANÇA, G. V. Aspectos médico-legais do ciclo grávido-puerperal. Perinatologia social. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1984.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.

- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (VI)*. Recife: Edupe, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (X)*. Recife: Edupe, 2010.
- \_\_\_\_\_; SOUZA, A. B. *Início da personalidade*. *Revista de Tocoginecologia*, João Pessoa, ano V, v. 6, 1972.
- \_\_\_\_\_. *O ginecologista e a adolescente*. *O Médico Moderno*, São Paulo, abr. 1975.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (IV)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GOLD, F. *Problèmes éthiques en médecine foetale et néonatale*. *Foetus et nouveau-né de faible poids*. 2. ed. Paris: Masson, 2000.
- JESUS, D. E. *Direito penal*. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- KURJAK, A. *The beginning of human life and its modern scientific assessment*. *Clinics in Perinatology*, n. 30, p. 27-44, mar. 2003.
- LAVENHAGER, A. J. S. *Código Civil: comentários didáticos*. São Paulo: Atlas, 1993.
- LEANDRO, A. G. *O revisitar dos direitos da criança. A defesa da criança na lei portuguesa*. *Cadernos de Bioética*, ano XI, n. 24, p. 3-11, dez. 2000.
- MACIEL, A. *Há mais condições para os prematuros sobreviverem com qualidade*. *Pais e Filhos*, n. 153, p. 28-32, out. 2003.
- MALHERBE, J. *Médecin et Droit Médical*. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1968.
- MATEI, J. F. *L'enfant oublié: ou les folies génétiques*. Paris: Éditions Albin Michel, 1994.
- MATHIAS, R. B. G. *Sobre o estatuto jurídico do embrião*. 1997. Tese (Mestrado) – Rio de Janeiro.
- MEIRELLES, J. M. L. *A vida humana embrionária e sua proteção jurídica*. São Paulo: Renovar, 2000.
- MIRABETE, J. F. *Manual de direito penal*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Processo penal*. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- PACHECO, M. V. A. *Início da gravidez – Anticoncepção e aborto*. *A Patologia Geral*, Rio de Janeiro, ano LVIII, n. 7 e 8, 1973.
- PAIXÃO, A. *Problemas éticos no princípio da vida humana: cuidados intensivos neonatais*. *Cadernos de Bioética*, ano XI, n. 24, p. 41-49, dez. 2000.
- RESPIGLIOSI, E. V. *Derecho genético*. Lima: Grujley, 2003.
- ROVIRA, GB. *Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos*. Montevideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SERRÃO, D. *A criança nos umbrais da pós-modernidade*. *Cadernos de Bioética*, ano XI, n. 24, dez. 2000, p. 13-20.
- TEREZA NETO, M. *Nascer prematuro em Portugal – uma história de sucesso*. *Revista Ordem dos Médicos*, v. 19, n. 38, set. 2003, p. 44-45.

## REPRODUÇÃO ASSISTIDA

**Sumário:** 13.1. Introdução. 13.2. Aspectos médico-legais. 13.3. Aspectos jurídicos. 13.4. Implantação ovular e a “barriga de aluguel”. 13.5. Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida (Anexo único da Resolução CFM n.º 2.013/2013). 13.6. Bancos de embriões humanos. 13.7. Aspectos negativos das técnicas de reprodução assistida. 13.8. A adoção de embriões congelados: uma alternativa ético-política. 13.9. Clonagem humana. 13.10. Seleção de sexo. 13.11. O sigilo médico e a reprodução humana assistida. 13.12. Conclusão. 13.13. Referências bibliográficas.

### Código Civil

Art. 1.597. Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos:

I – nascidos cento e oitenta dias, pelo menos, depois de estabelecida a convivência conjugal;

II – nascidos nos trezentos dias subsequentes à dissolução da sociedade conjugal, por morte, separação judicial, nulidade e anulação do casamento;

III – havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido;

IV – havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga;

V – havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido.

### Código de Ética Médica

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

*É direito do médico:*

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

*É vedado ao médico:*

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

## 13.1. INTRODUÇÃO

A reprodução assistida é um conjunto de operações que vai desde a introdução de gametas masculinos no aparelho genital feminino por meios diferentes da cópula carnal até as técnicas mais sofisticadas de fertilização *in vitro*.

Não há uma denominação satisfatória para esta técnica: fertilização matrimonial, fecundação artificial, fecundação por meios artificiais, impregnação artificial, fertilização artificial, concepção artificial, sementeira artificial e inseminação artificial. E, mais recentemente, reprodução assistida.

Na verdade, fecundação é o processo biológico da união do espermatozoide com o óvulo, dando origem ao ser humano. Ora, a expressão fecundação artificial sugere uma união dos gametas fora do organismo feminino e, no entanto, o processo consiste em tentar-se a fecundação dentro desse próprio organismo.

Optamos pela denominação fecundação artificial por ser a expressão mais corrente e mais consagrada.

Chevalier relata que Le Bon, em 1300, realizou tais processos em animais, tendo sido, porém, o veterinário Ivanoff o propulsor da técnica moderna da reprodução assistida. Em 1790, o médico inglês John Hunter realizou, com êxito, numa mulher, essa operação pela primeira vez. No entanto, somente em 1978 nasceu o primeiro “bebê de proveta”, Louise Brown, no *Oldham and District General Hospital de Lancashire*, perto de Manchester.

As estatísticas americanas publicadas por Segmond e Koerner no *JAMA* (Artificial Insemination, 759, v. 135, 15.11.1957) mostravam, naquela época, nos EUA, a realização de 9.489 fecundações assistidas.

São elas indicadas quando no homem existem defeitos penianos (adquiridos ou congênicos), deficiência na ejaculação, pseudo-hermafroditismo e, na mulher, quando esta apresenta, entre outras causas, problemas psíquicos, pseudo-hermafroditismo, más formações congênicas ou adquiridas.

A técnica mais simples consiste em colher-se o esperma humano e introduzir no útero da mulher, atendendo-se aos cuidados da assepsia e ao período correspondente à ovulação. Sobre a implantação de embriões, falaremos mais adiante.

Há países em que funcionam os “bancos de esperma”, onde os gametas masculinos podem manter-se em estado de congelação por um período até de um ano, sem perder sua capacidade de fecundação.

A reprodução assistida pode adotar duas modalidades completamente distintas em seus aspectos morais, filosóficos, sociais e jurídicos: 1. a fecundação intraconjugal, homóloga ou homofecundação; 2. a fecundação extraconjugal, heteróloga ou heterofecundação.

A fecundação homóloga é plenamente aceita por todos e não fere os princípios da Moral e do Direito. Essa prática, numa mulher, com sêmen de seu próprio esposo, em casos de impotência sexual, é hoje plenamente admitida.

E a fecundação heteróloga ou extraconjugal é um ato lícito?

Antes de definirmos a licitude em tais circunstâncias, é necessário examinarem-se diversos aspectos, diante dos complexos problemas que envolvem vários seres humanos, considerados não só sob o ponto de vista pessoal, mas também no seu meio ambiente social.

A fecundação heteróloga afeta várias pessoas ao mesmo tempo, cujas funções, responsabilidades, direitos e reações temos que avaliar com todo cuidado, a fim de darmos uma definição mais precisa. Essas pessoas são: a mulher, o esposo (quando existe), o médico, o doador, a esposa do doador (quando existe), o filho que venha a nascer e a sociedade (pessoa moral).

Os autores que defendem a heterofecundação são concordes em dois pontos de vista: 1. a receptadora não deve conhecer a identidade do doador; 2. o doador não deve conhecer a identidade da receptadora.

Isto implica que apenas uma pessoa pode conhecer a identidade de um e de outro: o médico responsável pela operação, o que faz a eleição do doador, tendo em vista as consequências que possam surgir na gravidez e na hígidez do novo ser. Assim, toda responsabilidade recai única e exclusivamente na pessoa do operador.

## 13.2. ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS

Todo ato médico pode encerrar aspectos morais, deontológicos, civis e penais.

A responsabilidade médica exige, na prática dessas técnicas, os seguintes requisitos:

1. *Execução por um médico lealmente autorizado.* De antemão, não se deve esquecer que, em todo ato humano em que existe uma possibilidade de risco, este só está justificado diante de um estado de necessidade, além de ser executado por profissional técnico e legalmente habilitado.

2. *Análise cuidadosa e prévia dos prós e contras.* Nenhum médico poderá afirmar categoricamente que numa dessas práticas não venha a surgir uma complicação ou resultados indesejáveis.

3. *Consentimento dos interessados.* A permissão do paciente e das pessoas diretamente ligadas a ele

nem sempre exclui, a nosso ver, a responsabilidade médica, pois a pessoa não tem o direito de violar as regras que norteiam a ordem pública. O consentimento, mesmo por escrito, não afasta a antijuridicidade. Essas autorizações podem carecer de valor, pois as obrigações no casamento estão justificadas pela ordem pública. No entanto, quando o ato está corretamente indicado, deve existir o *consentimento esclarecido*.

4. *Imposições legais*. A obrigação que se deve ter em conta do respeito entre o direito superior e a dos invocados, para justificar o ato. O direito privado deixa de existir quando entra em conflito com um direito superior.

Assim, um filho que nasce de uma fecundação artificial intraconjugal responde perfeitamente aos quatro requisitos acima, sempre que haja o consentimento. O filho nascerá dos gametas dos esposos, pai e mãe, afetivos e legais.

A fecundação extraconjugal não se processa, porém, da mesma forma. Um ato duvidoso só impõe seu uso se está justificado por um estado de necessidade, e o médico não pode assumir a posição de juiz num problema tão complexo. Mesmo assim, ainda está obrigado a explicar a incidência dos fracassos, as consequências psicológicas, morais e jurídicas que surgem com o nascimento de um filho nessa eventualidade.

Outro fato que não pode ser esquecido é o do consentimento do doador, o qual renunciará ao direito sobre o filho. É importante também o consentimento da esposa do doador.

Para alguns, todas essas permissões carecem de valor, pois as obrigações impostas pelo casamento contrapõem-se a um conjunto de interesses, isto justificado pelo interesse social. A. Almeida Júnior, grande mestre da Medicina Legal brasileira, em seu livro *Paternidade*, falando sobre o problema, simplifica dizendo tratar-se de “uma prática insólita de adultério científico”. Com todo respeito, não deixa de existir certo exagero, no que diz respeito ao “adultério”.

### 13.3. ASPECTOS JURÍDICOS

Sob esse ângulo, a fecundação artificial encerra problemas extremamente graves, como:

1. *O problema da filiação*. Devemos levar em consideração que a paternidade desempenha um papel importante na manutenção, na educação e nos direitos de herança.

Um filho nascido num processo de heterofecundação, caso a mulher seja casada, não deixa de levantar algumas questões; pois, em algumas situações, pode-se até provar que o pressuposto pai não interferiu na concepção, e com muito mais razão se o fato se verificou sem o seu consentimento.

No entanto, em muitos países que criaram um estatuto da criança gerado pelo processo de reprodução assistida heteróloga, a tendência é pela não ilegitimidade do filho. Na Inglaterra, pela “Family Law Reform Act”, sempre que uma criança nasce como resultado de uma reprodução assistida heteróloga de uma mulher que ao tempo da inseminação achava-se ligada pelo casamento não dissolvido ou anulado, a criança será havida como filho desse casal, não devendo considerar-se filho de qualquer outra pessoa, a não ser que fique judicialmente provado que o marido da mulher não deu o seu consentimento. No Canadá, o “Relatório sobre a Reprodução Artificial” diz mais: “O doador de sêmen não deverá manter qualquer relação jurídica com a criança, não tendo em relação a ela quaisquer direitos ou deveres parentais”.

Agora, com a vigência do novo Código Civil, presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: I – havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; II – havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial

homóloga; III – havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido (artigo 1.597).

Desse modo, será atribuída aos beneficiários a condição de paternidade plena da criança nascida mediante o emprego de técnica de Reprodução Assistida. Não temos ainda uma legislação específica sobre o assunto, mas achamos que deve constar nela o seguinte: a) a morte dos beneficiários não restabelece o poder parental dos pais biológicos; b) o doador e seus parentes biológicos não terão qualquer espécie de direito ou vínculo, quanto à paternidade ou maternidade, em relação à pessoa nascida a partir do emprego das técnicas de Reprodução Assistida, salvo os impedimentos matrimoniais elencados na legislação civil.

2. *No caso dos casais homossexuais e da mulher solteira que se valem dos centros de reprodução humana.* Nos casos de um casal homossexual masculino em que um deles entra com o sêmen, tudo faz crer que a solução será, em face do interesse da criança, a de ter dois genitores e que o genitor biológico seja também o genitor legal. Se a inseminação é heteróloga, o filho terá dois genitores e o sobrenome dos dois, grafados no documento “pais” e não pai e mãe, e “avós” e não avós maternos e avós paternos. Também não se vê nenhum problema em uma mulher solteira realizar uma prática de reprodução assistida a partir de sêmen doado em banco para este fim. Em tal situação a criança não terá um pai e por isso terá apenas um progenitor.

Por fim, entendemos que, na falta de consentimento do marido e se este não aceita a paternidade, o doador do sêmen não pode fugir dessa responsabilidade. Na França, em seu Código da Segurança Social, está estatuído que o doador, mesmo que pese a gratuidade do seu gesto, está moralmente obrigado a manter sigilo da doação, a se manter no anonimato e a não exigir nada em relação ao filho.

3. *Problemas de responsabilidade civil e penal.* Teoricamente, o médico está sujeito à responsabilidade por qualquer dano produzido por um erro técnico durante a fecundação.

#### **13.4. IMPLANTAÇÃO OVULAR E A “BARRIGA DE ALUGUEL”**

Não se pode considerar ilícito ou imoral o fato de uma mulher, não podendo fecundar, ter seu óvulo fertilizado em laboratório com espermatozoide do esposo, sendo depois o ovo implantado em seu próprio útero. A isto chamaríamos de *autoimplantação ovular*.

Todavia, se um ovo fecundado *in vitro* é implantado numa “mãe-suporte” ou “mãe-hospedeira” (heteroimplantação ovular), ao que nos parece, começamos a pisar num terreno de muitas dúvidas, onde algumas indagações nem sempre se mostram de respostas fáceis. O processo de fertilização *in vitro* e a subsequente implantação do ovo nas chamadas “mães de aluguel” têm criado e vão criar, entre juristas, teólogos e moralistas, profundas controvérsias e muitas discussões, mesmo que essa técnica seja reconhecida como um avanço da biotecnologia moderna.

O grande risco está na razão de a ciência, quase sempre, felicitar-se com o fato consagrado num resultado. Para o homem, esse fato, não muito raro, tem importância insignificante e ameaçadora. Muitos deles sem nenhuma repercussão social, principalmente no que diz respeito às formas amenizadoras dos horrores da iniquidade e da injustiça.

Algumas mulheres se valem desse recurso não porque querem, mas por situações impeditivas da maternidade. Outras, aptas à gestação, procuram uma “mãe-incubadora” unicamente para evitar o desconforto da gravidez ou as inconveniências do pós-parto. Nessa última hipótese não há o que discutir sobre a sua ilegitimidade e o ato médico estaria desaconselhado pelo seu conteúdo aético.

Assim, já começamos a perceber que no futuro criar-se-ão as placentas artificiais nos laboratórios,

passando o útero a ser um órgão de pouca monta para determinadas gravidezes, e que algumas descobertas nada mais representariam senão simples divertimentos científicos.

A engenharia genética, por meio de micromanipulações, irá querer criar homens programados. É claro que resultados desse teor não apenas abrem terríveis abismos para a pessoa do amanhã, como comprometem mais e mais a dignidade humana, estabelecendo-se *quando, onde e como* alguém deva nascer.

Por isso, é preciso que a sociedade passe a refletir sobre algumas questões, até então confusas e inusitadas, sobre o que representa a maternidade, quais os direitos adquiridos pela mãe, qual o papel de cada pessoa envolvida nessas técnicas, o que isto reflete sobre a vida da mulher e o que significa mais: o conteúdo genético transmitido ao filho ou o vínculo afetivo criado entre a gestante e o feto.

Não vamos negar, em nome de um humanismo mais nostálgico, a necessidade de a ciência evoluir, na tentativa de dar a esse homem, cada vez mais sofrido e angustiado, perspectivas de dias melhores. Porém, daí partir-se para experimentações puramente especulativas, distantes e distintas de uma realidade, há uma grande diferença.

Por outro lado, resultados dessa natureza trazem em seu bojo inúmeras questões de ordem jurídica e moral. Por exemplo: na heteroimplantação ovular, qual a verdadeira mãe? A que cedeu o óvulo fecundado ou a que abrigou durante a gravidez um feto alheio?

Acreditam uns, mesmo em que pesem certas contestações de ordem afetiva e moral, pertencer o filho à mãe natural, ou seja, àquela que geneticamente contribuiu para esse filho. A outra, que apenas manteve o feto durante uma gestação, nada mais fez do que dar-lhe os elementos nutritivos, necessários para o desenvolvimento fetal. Seria apenas uma “ama de sangue”. No entanto, outros admitem que a verdadeira mãe é a que pariu, pelo indiscutível vínculo afetivo com o feto; pelas razões do direito natural, onde a gravidez e o parto marcam vincos muito fortes na personalidade da mulher e na percepção das outras pessoas; pelas exigências da burocracia cartorial no registro do filho, através de atestados do profissional que assistiu o parto ou da maternidade, com as características do recém-nascido e da puérpera. Pelo menos, é assim que preceitua o artigo 31 do Código Civil búlgaro: “A maternidade se determina pelo nascimento, ainda que o filho tenha sido concebido com material genético de outra mulher”.

Qualquer que seja nossa opinião a respeito da *mãe legal*, nos casos de “barriga de aluguel”, haverá sempre argumentos pró e contra, pois não existem entre nós critérios definidos e nem legislação específica. Restará à Justiça o direito de arbitrar, caso a caso, diante de cada circunstância, da palavra empenhada ou do contrato firmado.

Um fato é certo: o processo já é viciado na sua raiz, não só pela degradação da mulher no que lhe existe de mais exaltado – a maternidade, mas, também, porque não estamos muito preocupados com a outra mulher, a mais carente, a que enfrentará o ônus físico e psicológico da gravidez e do parto, que sofrerá a discriminação e o repúdio da sociedade consumista.

Mesmo admitindo a validade do progresso desse ramo das ciências biológicas para determinados casos, não podemos esquecer que muitas vezes ele torna-se inviável e desnecessário frente às mais imperiosas e iminentes angústias das populações carentes do mundo inteiro.

Em vez dos formidáveis investimentos dos programas dos chamados “bebês de proveta”, melhor seria uma alternativa mais solidária e mais humana em favor dos “bebês de sarjeta” – marginalizados, sofridos e abandonados nos alagados, nos mocambos e nas palafitas e, até, nas creches e orfanatos, à espera de uma mãe acolhedora e afetuosa. É certo que ninguém está obrigado a aceitar um filho por adoção nem pode exigir-se de qualquer pessoa um gesto tão terno e solene. No entanto, não menos justo é

que a ciência venha a preocupar-se por outro sentimento mais especulativo. Mais importante que acudir uma mulher sem filho é salvar um filho sem mãe.

E não se diga que tudo isso estaria justificado simplesmente por existir um consentimento. Há certos atos nos quais, mesmo existindo o consentimento tácito ou expresso, não se justifica a intervenção, nem tal permissão tem valor, pois a norma jurídica e a consciência social podem se impor a essa vontade e a autorização não outorgaria certas concessões. A licitude se impõe pela sua imperiosa necessidade, e não por interpretações ou por comodidade de algumas consciências mais afoitas.

E a utilização *post mortem* de sêmen de um doador? Se houver expressa manifestação de vontade do falecido, não há o que discutir sua licitude, ainda mais se essa fertilização é interconjugal. Todavia, se não existe manifesta predisposição nesse sentido, julgamos atentatória à dignidade humana, mesmo entre marido e mulher. Aqui não se pode reproduzir as razões ditadas pela legislação dos transplantes que autoriza a utilização de órgãos e tecidos humanos, mesmo sem uma autorização expressa do doador ou de seus parentes. O mesmo se aplica aos óvulos e embriões.

Outro problema de difícil solução: o que fazer com o ovo ou embrião humanos não implantados? Destruí-los? Destiná-los à pesquisa científica ou à utilização comercial? Não. Achamos que as únicas posturas defensáveis seriam mantê-los congelados à disposição dos pais genéticos ou sua anuência para utilização em casais estéreis.

### **13.5. NORMAS ÉTICAS PARA A UTILIZAÇÃO DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CFM N.º 2.013/2013)**

Não temos ainda entre nós uma legislação específica sobre Reprodução Humana, ao contrário de países como Estados Unidos, França e Inglaterra. A norma legal que chega próximo é a Lei de Biossegurança editada em 2005, que tem por finalidade regulamentar a pesquisa com células-tronco embrionárias. Temos apenas normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida orientadas pela Resolução CFM n.º 2.013/2013. Essa nova Resolução trouxe, entre outras, as seguintes inovações: *a idade máxima das candidatas à gestação de reprodução assistida será de 50 anos; define a idade-limite do doador de 35 anos para mulher e 50 para homem; nos casos de útero de aluguel, ampliou-se para parentesco consanguíneo de até 4.º grau; fica mais claro quanto ao número de oócitos e embriões a serem transferidos no caso de doação; os embriões criopreservados acima de cinco anos poderão ser descartados, se esta for a vontade dos pacientes; e fica permitido o uso das técnicas de reprodução assistida para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência.*

#### **I – PRINCÍPIOS GERAIS**

1 – As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar a resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação.

2 – As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente, e a idade máxima das candidatas à gestação de RA é de 50 anos.

3 – O consentimento informado será obrigatório para todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida. Os aspectos médicos envolvendo a totalidade das circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será elaborado em formulário

especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas a serem submetidas às técnicas de reprodução assistida.

4 – As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

5 – É proibida a fecundação de ócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

6 – O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Quanto ao número de embriões a serem transferidos, fazem-se as seguintes recomendações: a) mulheres com até 35 anos: até 2 embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até 3 embriões; c) mulheres entre 40 e 50 anos: até 4 embriões; d) nas situações de doação de óvulos e embriões, considera-se a idade da doadora no momento da coleta dos óvulos.

7 – Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

## II – PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1 – Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre a mesma, de acordo com a legislação vigente.

2 – É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico.

## III – REFERENTE ÀS CLÍNICAS, CENTROS OU SERVIÇOS QUE APLICAM TÉCNICAS DE RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 – um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

2 – um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3 – um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças;

4 – os registros deverão estar disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

## IV – DOAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 – A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 – Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 – A idade-limite para a doação de gametas é de 35 anos para a mulher e 50 anos para o homem.

4 – Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões, bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

5 – As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente.

6 – Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes.

7 – A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível, deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

8 – Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participarem como doadores nos programas de RA.

9 – É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, onde doadora e receptora, participando como portadoras de problemas de reprodução, compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento de RA. A doadora tem preferência sobre o material biológico que será produzido.

#### V – CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS OU EMBRIÕES

1 – As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, óvulos e embriões e tecidos gonádicos.

2 – O número total de embriões produzidos em laboratório será comunicado aos pacientes, para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, devendo os excedentes, viáveis, ser criopreservados.

3 – No momento da criopreservação os pacientes devem expressar sua vontade, por escrito, quanto ao destino que será dado aos embriões criopreservados, quer em caso de divórcio, doenças graves ou falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los.

4 – Os embriões criopreservados com mais de 5 (cinco) anos poderão ser descartados se esta for a vontade dos pacientes, e não apenas para pesquisas de células-tronco, conforme previsto na Lei de Biossegurança.

#### VI – DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO DE EMBRIÕES

1 – As técnicas de RA podem ser utilizadas acopladas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças.

2 – As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do sistema HLA do embrião, com o intuito de seleção de embriões HLA compatíveis com algum filho(a) do casal já afetado por doença, doença esta que tenha como modalidade de tratamento efetivo o transplante de células-tronco ou de órgãos.

3 – O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* será de 14 dias.

#### VII – SOBRE A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO (DOAÇÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO)

As clínicas, centros ou serviços de reprodução humana podem usar técnicas de RA para criarem a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética ou em caso de união homoafetiva.

1 – As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família de um dos parceiros num parentesco consanguíneo até o quarto grau (primeiro grau – mãe; segundo grau – irmã/avó; terceiro grau – tia; quarto grau – prima), em todos os casos respeitada a idade-limite de até 50 anos.

2 – A doação temporária do útero não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

3 – Nas clínicas de reprodução os seguintes documentos e observações deverão constar no prontuário do paciente:

– Termo de Consentimento Informado assinado pelos pacientes (pais genéticos) e pela doadora temporária do útero, consignado. Obs.: gestação compartilhada entre homoafetivos onde não existe infertilidade;

– relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional da doadora temporária do útero;

– descrição pelo médico assistente, pormenorizada e por escrito, dos aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA, com dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico, bem como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta;

– contrato entre os pacientes (pais genéticos) e a doadora temporária do útero (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;

– os aspectos biopsicossociais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal;

– os riscos inerentes à maternidade;

– a impossibilidade de interrupção da gravidez após iniciado o processo gestacional, salvo em casos previstos em lei ou autorizados judicialmente;

– a garantia de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que doará temporariamente o útero, até o puerpério;

– a garantia do registro civil da criança pelos pacientes (pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez;

– se a doadora temporária do útero for casada ou viver em união estável, deverá apresentar, por escrito, a aprovação do cônjuge ou companheiro.

#### VIII – REPRODUÇÃO ASSISTIDA *POST MORTEM*

É possível desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado, de acordo com a legislação vigente.

#### IX – DISPOSIÇÃO FINAL

Casos de exceção, não previstos nesta resolução, dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina.

### **13.6. BANCOS DE EMBRIÕES HUMANOS**

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução DC/ANVISA n.º 23, de 27 de maio de 2011, aprovou novas regras para tratar a questão dos bancos de células e tecidos germinativos (BCTGs) no sentido de dar maior segurança principalmente nas práticas de técnicas de reprodução assistida e nas pesquisas com células-tronco. Esta Resolução altera as regras dispostas na RDC/33, 2006.

Uma das inovações desta Resolução é a exigência de informações mais detalhadas nos relatórios que estes bancos devem enviar para o sistema SisEmbrio, desenvolvido e gerenciado pela Anvisa no que se refere ao armazenamento de óvulos, espermatozoides e tecidos germinativos ovarianos e testiculares, assim como a guarda dos embriões, informações que devem acontecer a cada dois anos. Os dados informados pelas clínicas deverão constar não só do número de embriões armazenados, mas também de

outros detalhes, como o número de óvulos captados e quantos embriões foram transferidos para as pacientes.

Os procedimentos técnicos avançados na reprodução humana, como a coleta de óvulos, a fertilização *in vitro* e o congelamento de células e tecidos terão de ser conduzidos e aprovados segundo padrões técnico-científicos de reconhecido valor.

O Termo de Consentimento assinado pelos pais contará com mais itens, entre eles o que disciplina a autorização da paciente receptora, no caso de recebimento de óvulos doados a fresco, contendo as devidas informações no que diz respeito à possibilidade de contrair determinadas patologias. A paciente deve ser informada de que quando o embrião é coletado a fresco, mesmo que se proceda a uma triagem clínica, há uma janela imunológica.

O BCTGs é o responsável por todos os procedimentos relacionados ao preparo das células, tecidos germinativos e embriões, incluindo a coleta, o transporte, o registro, o processamento, o armazenamento, o descarte e a liberação do material.

São atribuições do BCTGs: I – efetuar e garantir a qualidade do processo de seleção do paciente e/ou doador de células e tecidos germinativos; II – obter Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo padronizado pelo BCTG, de acordo com a legislação vigente; III – orientar, viabilizar e proceder à coleta, quando necessário; IV – avaliar, processar, armazenar e liberar as células ou tecidos recebidos ou coletados; V – providenciar a realização dos exames laboratoriais para identificação de possíveis contraindicações e condições especiais necessárias ao uso das amostras; VI – fornecer todas as informações necessárias a respeito da amostra a ser utilizada, respeitando o sigilo, cabendo ao médico do paciente a responsabilidade pela sua utilização, quando couber, segundo legislação vigente; VII – manter arquivo próprio com dados sobre coleta, processamento, armazenamento, avaliação, transporte e liberação do material; VIII – enviar relatório anual com os dados quantitativos de produção do BCTG por meio do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio) informando: a) o número de ciclos realizados com pelo menos um oócito captado; b) o número de oócitos produzidos; c) o número de oócitos inseminados; d) o número de oócitos com 2 pró-núcleos (2PN) formados; e) o número de embriões clivados; f) o número de embriões transferidos a fresco; g) o número de embriões transferidos após descongelamento; h) o número de embriões desprezados por ausência de clivagem em período superior a 48 horas.

O BCTGs possui um Manual Técnico Operacional que deve: I – definir as atribuições dos profissionais para cada procedimento; II – conter as condutas frente às não conformidades; III – conter as normas de biossegurança, tais como: a) condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental; b) instruções de uso para os equipamentos de proteção individual – EPI e coletiva – EPC; c) procedimentos em caso de acidentes; e d) manuseio e transporte de amostra biológica. O manual a que se refere o *caput* deste artigo deve ser revisado anualmente ou em prazo inferior, sempre que necessário, bem como permanecer atualizado e devidamente assinado e datado pelo Responsável Técnico.

A doação de células, tecidos germinativos e embriões deve respeitar os preceitos legais e éticos sobre o assunto, devendo garantir o sigilo, a gratuidade e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deve ser obtido antes da coleta da amostra, por escrito, e assinado pelo médico e pelos pacientes ou doador.

Toda a informação relativa a doadores e receptores de células, tecidos germinativos e embriões deve ser coletada, tratada e custodiada no mais estrito sigilo. Não pode ser facilitada nem divulgada informação que permita a identificação do doador ou do receptor. Na doação anônima, o receptor não pode conhecer a identidade do doador, nem o doador a do receptor. As autoridades de vigilância

sanitária podem ter acesso aos registros para fins de inspeção e investigação.

Em casos especiais, por motivo médico ou jurídico, as informações sobre o doador ou receptor podem ser fornecidas exclusivamente para o médico que assiste o receptor, resguardando-se a identidade civil do doador. A doação não pode ser remunerada.

É candidato à doação de células e tecidos germinativos e embriões indivíduo que satisfaça pelo menos as seguintes condições: I – maioridade civil; II – concordar em realizar uma avaliação médico-laboratorial; III – concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; IV – se doador de sêmen, concordar em realizar os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas; V – se doadora de oócito, concordar em realizar os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas; VI – se doador de embriões, concordar em realizar os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas. Os testes a que se refere o supracitado item IV deste artigo devem ser repetidos num prazo nunca inferior a seis meses, no caso de serem realizados por sorologia.

As doadoras de oócito a fresco não são submetidas à quarentena nem à repetição dos testes em prazo de seis meses, devendo os resultados dos testes laboratoriais ter prazo máximo de 30 dias antes do procedimento da coleta oocitária. Caso haja doação de oócitos criopreservados, os testes para marcadores de doenças infectocontagiosas devem ser repetidos num prazo nunca inferior a seis meses, no caso de serem realizados por sorologia. Caso haja doação de embriões criopreservados para uso terapêutico, esses testes devem ser repetidos num prazo nunca inferior a seis meses, no caso de serem realizados por sorologia. E se forem realizados testes de ácido nucleico (NAT), devem ser respeitadas as instruções do fabricante quanto ao período mínimo necessário à detecção do agente.

O descarte de amostras de células ou tecidos germinativos e de resíduos de laboratório do BCTG deve estar descrito no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), e deverá ser feito de acordo com as normas vigentes.

### **13.7. ASPECTOS NEGATIVOS DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Além das recomendações trazidas pela Resolução CFM n.º 2.013/2013, devem-se levar em conta as seguintes considerações:

1. *Elevada mortalidade de embriões.* Pelas técnicas de reprodução assistida disponíveis atualmente, ainda se registra um cifra muito elevada de embriões sacrificados. Justificam esta elevada mortalidade pelo fato de as técnicas serem incipientes e amenizam tal situação insinuando que no processo natural também ocorrem essas perdas. É claro que tal desculpa não convence, pois elas têm a responsabilidade humana.

2. *Sobra de embriões.* Essa talvez seja a questão mais delicada das técnicas de fertilização *in vitro*. Na Espanha, a legislação permite o congelamento de embriões durante 5 anos e depois deste prazo obriga sua destruição. Em outros países, sentenças judiciais vêm sendo dadas, ora em favor da manutenção e doação, ora pelo simples descarte. O grande problema está nos casos de separação ou divórcio, mas a tendência por novas implantações ou descarte tem sido em respeito à vontade das mães. Muitos entendem que um pré-embrião no estágio de oito células sem desenvolvimento da placa neural não pode ser considerado um ser humano. No entanto, outros com muito mais razão acham que o ser humano não é apenas uma questão de quantidade, mas, e muito mais, uma questão de valor. É claro que não se pode manter a guarda dos embriões criopreservados por tempo indeterminado. Todavia há de encontrar uma fórmula capaz de atender aos imperativos das novas técnicas de fertilização e, ao mesmo tempo, manter o respeito pela dignidade humana. Uma das propostas seria a *adoção* de pré-embriões, e não a simples

doação.

3. *Uso de embriões na pesquisa.* Se não houver uma política correta no sentido de proteger os pré-embriões criopreservados, certamente eles irão cair nas mãos dos especuladores em programas de experiências e manipulação genética de embriões humanos. Muitos já disseram ser o programa de fertilização apenas uma cortina de fumaça para encobrir os verdadeiros interesses da experimentação em projetos de genética humana, sem os problemas éticos e jurídicos. O grande risco é essa ciência sem limite. Já se anuncia a produção de embriões hermafroditas.

4. *Relação de filiação.* Numa reprodução assistida o filho não é mais o resultado da união dos pais como expressão do amor do homem e da mulher; é tão só a manipulação de gametos. Pode até ser um direito dos pais, mas será que isto justifica ao filho uma forma digna de nascer? Infelizmente começamos a viver a fase da “medicina do desejo”, já manifestada desde a época em que se decidiu quem, quando, onde e como deve nascer alguém. Agora surge a entrada dos “filhos muito desejados” e a técnica se alia a essas ansiosas paternidades, como enfatiza Lopez Moratalla (*Deontologia Biológica*, Pamplona: Faculdade de Ciencias de la Universidade de Navarra, 1987).

5. *Manipulação genética.* Com o advento do Projeto Genoma Humano, que pretende identificar e sequenciar os cem mil genes humanos, acredita-se que será um pretexto para alguns pesquisadores utilizar-se da engenharia genética para manipular principalmente as células germinativas humanas. Isso não quer dizer que a humanidade não esteja necessitando dos resultados daquele projeto, no sentido de solucionar algumas doenças hereditárias. O risco está em utilizarem-se os embriões humanos na tentativa de se criar um hipotético progresso genético.

Além destes aspectos manifestamente negativos, há aqueles que levantam certas dúvidas na prática da reprodução assistida. Vejamos:

1. *O tempo de congelação dos embriões.* Entre nós não existe nenhuma norma, ética ou jurídica, que discipline o tempo pelo qual possa ser mantido o embrião humano para fins de implantação futura. A dúvida que se impõe é a seguinte: até quando ele pode ser guardado? A Comissão Warnock admite um prazo de conservação de 10 anos, propondo, inclusive para a progenitura, a data e a hora do nascimento, e não a data da fecundação (ver Declaração de Bali, sobre “*Aspectos éticos da redução embrionária*”, adotada pela 47.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da AMM, em outubro de 1995, na Indonésia).

2. *A condição jurídica do embrião congelado.* O embrião fecundado *in vitro* teria a mesma tutela legal assegurada no Código Civil brasileiro ao *nascituro*? Ou seja, teria ele a mesma proteção do embrião fecundado *in vivo*? Como se sabe, o nascituro, mesmo sem ter adquirido a qualidade de *pessoa*, é detentor de direitos, levando em conta que ele tem personalidade especial ou provisória. Por isso não se pode considerar como proposta absurda ser-lhe dispensada tutela jurídica. Acreditamos que o embrião fecundado *in vitro* e congelado, no futuro, deverá merecer esta proteção, dentro do que poderíamos chamar de “Estatuto Jurídico do Feto e do Embrião”.

3. *Fertilização após a morte do marido.* Hoje, entre nós, com a vigência do novo Código Civil, presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: I – havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; II – havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga. Outros, como no caso do Conselho da Europa, proíbem a inseminação *post mortem*, a não ser que definam previamente quais os direitos dos nascidos na continuidade deste processo.

4. *A natureza jurídica da obrigação médica na RA.* Entendemos que o médico tenha com a paciente uma obrigação de meios e não de resultado, no emprego destas técnicas, quando provado que ele usou de todos os recursos procedentes e dos cuidados que se exigem em tais situações. Todavia, tal entendimento

não lhe tira a obrigação de responder civilmente por erros em que fique patente ter ele faltado com os deveres de vigilância, de abstenção de abusos e de qualificação específica nesta atividade profissional. Indaga-se muito se o médico é responsável pela não compatibilização de algumas características da criança, como cor dos cabelos e dos olhos. Alguns acham que sim, desde que o médico tenha se obrigado a isto. No entanto, o fato mais delicado da questão é quando da reprodução assistida de um casal branco advenha o nascimento de uma criança negra, por exemplo. Acredito, neste particular, que não há responsabilidade a apurar. É difícil admitir-se que alguém se sinta lesado pelo nascimento de uma criança de raça diferente da sua. Não há nenhum dano biológico, nenhuma doença grave, nenhum defeito congênito. Diferente, no entanto, seria se das técnicas usadas resultasse o nascimento de uma criança doente, cujo mal fosse procedente do material do doador e evitado através de exames específicos. Assim, é da obrigação do médico a seleção das partes, a escolha do material genético, assim como sua implantação, conservação, diagnóstico e cuidados pré-natais.

5. *Comercialização de sêmen, óvulos e embriões, e aluguel do útero.* Por mais que as aparências neguem, sabe-se que existe a comercialização do sêmen, óvulos e embriões, e que nem sempre a cessão do útero para a fertilização heteróloga é simplesmente altruística. Inúmeras são as legislações no mundo inteiro que proíbem tais expedientes, mas dificilmente tem-se como controlar as relações entre receptores e os doadores. A Resolução CFM n.º 1.358/1992, que estabelece as normas éticas sobre reprodução assistida, recomenda que a doação “nunca deverá ter caráter lucrativo e comercial” e que a doação temporária do útero deve ser processada entre pessoas da família da doadora genética, num parentesco até o 2.º grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização dos Conselhos Regionais de Medicina, exatamente para evitar os interesses comercial e lucrativo.

### **13.8. A ADOÇÃO DE EMBRIÕES CONGELADOS: UMA ALTERNATIVA ÉTICO-POLÍTICA**

A questão do descarte de embriões congelados continua sendo uma questão muito delicada na reprodução humana assistida quando da fertilização *in vitro*. Há países, como a Espanha, que permitem o congelamento de embriões durante cinco anos e depois deste prazo obriga sua destruição. Na Dinamarca os que sobram são destruídos logo após a fertilização, sem necessidade de criopreservação. Outros defendem a ideia da doação de embriões para fins de pesquisa, como ocorre nos Estados Unidos e Bélgica. Na Alemanha não se permite gerar mais embriões do que o que se necessita implantar. E, enfim, aqueles que em face de legislação ou sentenças judiciais vêm decidindo em favor da manutenção ou da adoção.

No Brasil não há uma regulamentação sobre o assunto, a não ser a Resolução CFM n.º 2.013/2013, que aponta algumas normas éticas sobre a reprodução assistida. Mas já reconhecia, em seu Parecer-Consulta CFM n.º 23/1996, quando indagado sobre o descarte de embriões, que é preciso “promover estudos com o objetivo de aprofundar estudos sobre a necessidade de atualização das referidas normas sobre este e outros questionamentos”.

Todos sabem que esta questão não é de fácil solução. Mas exige uma posição rápida capaz de atender aos imperativos das novas técnicas de fertilização e, ao mesmo tempo, preservar o respeito pela dignidade humana. Uma proposta respeitável seria a adoção de pré-embriões e não a sua simples doação.

É parte do processo de fertilização por meio assistido *in vitro* que se obtenha alguns óvulos para fecundação com o espermatozoide, gerando daí os embriões que serão implantados no útero da mulher. Aqueles que não são implantados são chamados de *embriões supranumerários* e são criopreservados, com a finalidade de serem implantados numa futura tentativa de gravidez.

Todos sabem – por necessidade de ordem técnica, financeira e emocional – o que representa a necessidade de se ter mais embriões fecundados do que os que vão ser implantados. Mas, mesmo assim, este é o início de uma longa discussão, em seus aspectos éticos, morais, religiosos e jurídicos. Junte-se a isso a possibilidade de alguém utilizar a fecundação de embriões supranumerários como finalidade de obter células-mãe para a produção de clones.

Seria de excessivo rigor exigir do homem e da mulher que se socorrem da fertilização assistida *in vitro* a assinatura de um termo onde se estipulasse a permissão para uma adoção deste embrião congelado que sobrou.

De fato, duas são as opções éticas que se colocam nesta relação: uma seria a de fecundar apenas os óvulos a serem implantados, e com isso não se ter embriões excedentários. A outra seria a aceitação da adoção dos embriões criopreservados por casais adotantes.

A primeira alternativa parece ser a solução mais fácil, pois simplesmente não se teriam embriões supranumerários. Mas, em contrapartida, em casos de fracasso na implantação dos embriões não se teria outra coisa a fazer senão começar todo processo desde o início, com todos os custos, inconvenientes e frustrações.

A segunda alternativa tem a vantagem de se poder contar com outras tentativas de implantação uterina a partir de embriões criopreservados, e com isso se evitar os custos financeiros e emocionais. Todavia, poderia encontrar algumas objeções dos pais no sentido de não permitirem a adoção pré-natal por parte de outros casais de um dos seus embriões supranumerários.

Acreditamos ser necessário a estipulação de normas na adoção pré-natal de embriões muito próximas das existentes para as adoções de crianças nascidas. Antes de tudo, como primeira cláusula, o consentimento esclarecido dos pais, pessoas capazes civilmente e aptas para entender e considerar razoavelmente o ato que se propõe, isento de coação, influência ou indução. Não pode ser obtido este consentimento através de uma simples assinatura ou de uma leitura apressada em textos minúsculos de formulários. Mas por meio de linguagem acessível ao seu nível de convencimento e compreensão (*princípio da informação adequada*).

Se um dos doadores não pode falar por si ou é incapaz de entender o ato que se pretende executar, esta cessão não deve ser realizada mesmo com a permissão dos seus responsáveis legais.

Discute-se se os pais doadores devem conhecer a identidade dos adotantes e vice-versa. Há aqueles que advogam a ideia de que não devem saber de suas identidades, como se faz nos casos da utilização de material genético em bancos de sêmen, implicando a condição de que apenas uma pessoa deve conhecer as partes envolvidas: o médico responsável pela operação. Outros acham que na adoção de pré-embriões o fato se passa de forma distinta e deveria se processar como na adoção de uma criança nascida.

Por outro lado, todos são de acordo que os pais que vão adotar o pré-embrião tenham conhecimento da possibilidade de doenças em crianças geradas por fecundação *in vitro* através de embriões congelados e da possibilidade de doenças oriundas da herança, até das doenças de transmissão genética que porventura os pais doadores tenham. A mãe adotante também deve ser informada dos riscos inerentes a ela própria.

Não seria aconselhável que as normas a serem introduzidas nesta forma de adoção permitissem a seleção de embriões levando em conta o sexo da criança que vai nascer, até porque nestes casos não existiria nenhuma razão para se considerar uma ou outra doença ligada ao sexo.

Em suma, a alternativa da adoção de embriões congelados não é uma opção que se apresente isenta de inconvenientes, pelo que ela implica no campo emocional, técnico e econômico-financeiro. Entretanto, esta forma de escolha, juntamente com a produção de embriões para uma única implantação, seria a

modalidade que não encontraria os óbices já apontados. Além do mais seria pela adoção pré-natal a forma de se manter vivo o embrião e a possibilidade de ele vir a termo.

### 13.9. CLONAÇÃO HUMANA

De algum tempo para cá, vem se afirmando com certa insistência que, aqui e acolá, cientistas da área genética e embriologistas insinuam a predisposição e as condições de desenvolverem técnicas capazes de produzir a clonagem em seres humanos. A primeira pergunta que se deve fazer é a seguinte: o homem está preparado para assumir integralmente o destino biológico do seu semelhante?

É claro que será muito difícil admitir-se que o cientista não tenha tentado ou não venha tentar a clonagem do ser humano. Admitimos até que já é muito tarde para se impedir tais projetos.

Ninguém pode negar algumas vantagens que a clonagem de animais pode trazer em termos de benefícios para os homens, quando isso for feito no sentido da melhoria genética de raças animais, nos rebanhos selecionados, no uso dos animais transgênicos e no resgate de animais em extinção.

Não se pode deixar de considerar que o avanço das ciências e da tecnologia pode, quando bem dirigido, gerar melhores condições de vida e de saúde do homem e da coletividade. Somente desta forma teremos condições de não somente sobreviver, mas de melhorar os níveis de bem-estar ambiental.

Ao lado disso devemos nos concentrar na ideia de que é necessário adequar dois elementos fundamentais nesta trajetória do domínio sobre a natureza: o conhecimento científico e a consciência dos valores humanos.

Daí por que não se pode nem defender um pleno exercício da ciência e da técnica indiferente à ética nem admitir uma ética autoritária alheia ao progresso. Mas colocar a coisa no seu devido lugar: no interesse do avanço técnico-científico como projeto voltado à espécie humana e ao meio ambiente e no respeito incondicional à dignidade humana. Leonard Martin chama a atenção para a “questão técnica do que se pode fazer” e a “questão ética do que se deve fazer”.

Assim, a partir do momento em que se amplia o domínio sobre a engenharia genética, poderíamos perguntar: afinal de contas, qual seria o benefício da clonagem humana? De pronto, ao que nos acode, nenhum.

A clonagem é um processo reprodutivo baseado em um único patrimônio genético, de forma assexuada, que naturalmente já existe nos vegetais e em seres muito rudimentares. Para que se possa obtê-la fora destes padrões é necessário o recurso do laboratório onde um animal tenha exclusivamente o componente genético do seu doador. Em síntese, a clonagem é uma forma assexuada de reprodução, em que o novo ente gerado terá a carga genética (DNA nuclear) de uma única pessoa (o doador do DNA) com o citoplasma do óvulo de outra.

Toda preocupação está na possibilidade deste projeto na espécie humana trazer riscos de comprometimento à diversidade e à integridade da espécie e de implicações éticas irreparáveis. Estes riscos vão desde o erro na inclusão do DNA na célula até a despersonalização e o desrespeito à identidade do indivíduo, que é o selo da sua personalidade. Todo ser humano é único e não se pode duplicar uma identidade pessoal. A clonagem humana é o tema de maior questionamento ético atual.

Se tal acontecer será um dia sombrio para a história da humanidade. E o erro maior será contra o próprio indivíduo clonado, não apenas pelos riscos advindos de erros na inclusão, mas a privação da metade pai e da metade mãe, gerando réplicas, tudo isso para satisfazer o capricho e a vaidade do pesquisador.

Nestes últimos anos, com certa insistência, geneticistas e embriologistas vêm propondo técnicas

capazes de produzir a clonagem de seres humanos. E sempre se perguntou qual seria na realidade o benefício desta prática.

Agora parece claro que alguns destes objetivos se centram em programas de experiências e manipulações genéticas orientadas na terapia com embriões humanos. Havia desconfiança de que alguns dos programas de fertilização assistida seriam apenas uma “cortina de fumaça” para encobrir os verdadeiros interesses em experimentações, como as de aproveitamento de órgãos para o indivíduo-matriz no futuro, escamoteando assim alguns óbices éticos e legais. Se aceito tal projeto, estariam consagrados a “*ciência sem limites*”, o “*canibalismo científico*” e o “*cobaísmo humano*”.

Qualquer que seja o estágio da ciência, qualquer que seja o avanço da biotecnocracia que tudo quer saber e tudo explicar, não existe argumento capaz de justificar a disposição incondicional sobre a vida de um ser humano, propondo sua destruição baseada em justificativas que se sustentem apenas numa presunção de benefícios, pois essa vida é intangível e inalienável.

Deve ficar bem claro que ninguém pode deter o avanço da ciência e da pesquisa, se ele vem destinado ao bem-estar individual ou coletivo. E que a ciência tenha também, além dos seus propósitos originais, um compromisso com a dignidade humana e com seus justos anseios sociais, principalmente com a fração mais desarrimada da sociedade.

Por outro lado, há aqueles que admitem ser a clonagem do ser humano um fato que redundaria apenas na criação de outra pessoa, sem ameaça do ser de onde teve sua origem, tal como ocorre com os gêmeos idênticos. Até porque, afirmam, o potencial genético de um recém-nascido só se organiza e se desenvolve completamente com a presença de um cuidador adulto, na maioria das vezes, a mãe.

No entanto, se considerarmos que o genoma humano constitui e determina cada indivíduo na sua identidade, o desrespeito dessa especificidade genética é uma agressão à sua dignidade e um vilipêndio aos valores de todos os homens. Todo ser humano é único e não se pode duplicar uma identidade pessoal.

Portanto, se isso vem a ocorrer, levará a uma redução entre os indivíduos e, assim, o futuro das gerações estaria comprometido, pois ele teria seu passado vinculado ao passado do indivíduo original. Sem a “identidade genética”, o homem não será nada. Apenas uma cópia. Alguém dirá que os gêmeos univitelinos têm a mesma identidade genética, mas aqui é diferente, pois cada um terá uma individualidade, visto que eles sabem dividir seu conteúdo genético com a formação de uma personalidade diversa.

Mariangela Badalotti diz em *Bioética e reprodução assistida* que há aqueles que consideram válida esta forma de clonagem quando aplicada em duas situações: no caso de um dos parceiros não possuir células germinativas e não haver acordo em relação à doação de gametas; e no caso de casais com alto risco de transmitir doenças hereditárias aos filhos, que não se dispõem a fazer biópsia pré-implantacional e descartar embriões afetados. E diz mais: nesses casos, a gama de ambiguidades introduzidas no relacionamento familiar por um clone de um dos pais poderia ser grande e a possibilidade de confusão emocional – não apenas por parte da criança – deve ser considerada.

Como se sabe, na legislação brasileira não existe permissão para a clonagem reprodutiva e, pelo que sabemos, também em outros países.

### **13.10. SELEÇÃO DE SEXO**

A seleção reprodutiva de sexo no ser humano é mais um questionamento que se agrega à reprodução assistida, diante de tantas disponibilidades técnicas e científicas que se dispõe nesta área, principalmente a partir do entendimento que deve existir numa sociedade fraterna e pluralista.

O desejo de escolher o sexo dos filhos, utilizando-se meios e condutas para aumentar a chance do nascimento de um filho deste ou daquele sexo, sempre foi cogitado pelos pais em determinadas ocasiões.

Os motivos mais comuns desta opção tem sido: 1. a necessidade de evitar certas doenças genéticas ligadas ao sexo; 2. a tentativa de fazer um balanço ou equilíbrio familiar; 3. a preferência de determinado sexo por razões culturais, econômicas e até mesmo pessoais.

A primeira hipótese estaria justificada quando diante de doenças genéticas ligadas ao sexo e por desordens cromossômicas, mais comuns no sexo masculino, e tendo como exemplos mais comuns as distrofias musculares e a hemofilia. Se a tentativa é evitar doenças hereditárias graves, à primeira vista parece não existir qualquer infringência de ordem legal. Todavia levar em consideração que nem tudo que é terapêutico é ético.

A segunda situação seria a de uma família onde houvesse uma predominância bem acentuada de determinado sexo, desde que não seja feita para o primeiro filho e apenas em favor daquele sexo bem mais raro na família.

A terceira alternativa seria no sentido de privilegiar certo sexo, na maioria das vezes o masculino, seja por interesses sociais e culturais, seja por inclinação meramente pessoal. A motivação da escolha do sexo do filho como forma de proporcionar uma “melhor qualidade” de vida ou como forma de satisfação pessoal não encontram razões de ordem prática ou moral. Está claro que tais razões estão vincadas pela discriminação e pelo egoísmo, não escondendo o intento injusto. Este ato atentatório ao direito do ser humano não deixa de ser inaceitável sob o aspecto ético.

A seleção de sexo não terapêutico, com o sentido marcadamente eugenista e discriminador, não pode deixar de ser apontada como um atentado à dignidade humana comprometendo bens jurídicos relevantes.

Qualquer que seja a indicação em favor da seleção de sexo ficará aberto o caminho da discriminação, da eugenia e da elevação da imagem de um sexo sobre outro, criando sérias dificuldades no relacionamento e nas justas aspirações de cada um.

### **13.11. O SIGILO MÉDICO E A REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA**

Um dos aspectos de maior relevância na execução de uma reprodução assistida é, sem dúvida, a imposição do sigilo profissional como forma de proteção a todos aqueles que estão envolvidos nesta prática médica. Essa exigência deve-se estender a todos os profissionais que estejam direta ou indiretamente ligados a tal procedimento. É básico que o doador e a doadora não devem se conhecer, a não ser em casos excepcionais em que a vida do filho dependa desse conhecimento e isto seja imperiosamente necessário. Ou que seja de livre vontade deles por meio de acordo prévio.

Há uma norma do Conselho Federal de Medicina que determina a obrigatoriedade do sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e pré-embriões, assim como dos receptores. E somente em situações especiais as informações sobre doadores, por motivação de saúde, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, preservando-se se a identidade civil doador. Depois de resolvida a situação relativa ao problema de saúde do filho gerado por técnica de reprodução assistida heteróloga pelo acesso de seus médicos a informações clínicas relativas à pessoa do doador, não há motivo para a revelação da identidade civil do pai.

Em geral, a mulher recebe um catálogo do banco de sêmen com características físicas (cor da pele, dos olhos e dos cabelos, altura) e psicológicas dos doadores, além de informações como religião, escolaridade, hobbies, tipo sanguíneo etc., que são identificados por códigos. O óvulo geralmente é escolhido pelo médico, também seguindo esses mesmos parâmetros.

Para alguns, o sigilo nestes casos é de tal sorte que nem mesmo o próprio direito da personalidade permitiria ao filho conhecer sua ascendência genética. Para a maioria, por meio de uma simples ação de paternidade pode-se ter o direito de acesso às informações genéticas para conhecer sua origem biológica, mesmo que o estado de filiação decorrente de uma prática de reprodução assistida não crie um vínculo jurídico que lhe dê o direito de recorrer a certos benefícios cujo ônus possa recair sobre aquele que concedeu material genético para a realização de fecundação em laboratório.

Dessa forma, mesmo que o anonimato dos doadores seja a regra na maioria das legislações sobre este assunto, quase todas abrem exceções no sentido de atender a alguns interesses da criança ou do adolescente. A Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), consagra a prerrogativa dos filhos de pleitearem o reconhecimento desse direito. Assim: “Art. 26. Os filhos havidos fora do casamento poderão ser reconhecidos pelos pais, conjunta ou separadamente, no próprio termo de nascimento, por testamento, mediante escritura ou outro documento público, qualquer que seja a origem da filiação”. E mais: “Art. 27. O reconhecimento do estado de filiação é direito personalíssimo, indisponível e imprescritível, podendo ser exercitado contra os pais ou seus herdeiros, sem qualquer restrição, observado o segredo de justiça”. É claro que o acesso à identidade dos doadores diminuirá o número de voluntários na doação de sêmen, o que poderá, no futuro, inviabilizar a inseminação artificial, reduzindo ainda mais o número desses doadores. Não será um contrato assinado entre o doador e o banco de sêmen que esta questão ficará plenamente resolvida.

Admite-se que o “direito à identidade genética” está fundamentado na dignidade da pessoa humana, que permite que um indivíduo fruto de inseminação artificial heteróloga possa ter conhecimento da identidade do doador anônimo do material genético cedido.

E o pai biológico tem o direito de propor ação reivindicatória de paternidade caso acredite ser dele um filho nascido da prática de uma reprodução assistida numa clínica onde foi doador de sêmen? Sim, por meio de uma petição de investigação de paternidade cumulada com um pedido de anulação do registro do nascimento da criança. E quanto ao pedido de guarda da criança? Também, difícil é saber qual seria a decisão sobre tal pedido. Aqui também se admite que um contrato em que o doador mostre desinteresse na identidade dos beneficiários venha resolver de todo a questão.

Há quase um consenso nas tentativas de legislação entre nós que será o anonimato o maior fator de garantia na existência e do desenvolvimento normal da família socioafetiva e que aquele que doa seu sêmen em um banco de material genético reprodutivo não está interessado em qualquer tipo de vinculação nem pretende ter sua paternidade reconhecida.

Mesmo que a adoção seja irrevogável, há casos na nossa jurisprudência em que se admitiu a possibilidade de o adotado investigar sua filiação biológica, ainda que a confirmação da paternidade biológica não lhe gere efeitos registrares nem lhe traga benefícios de caráter econômico e financeiro. Para muitos, ao se negar o conhecimento da identidade genética numa prática de reprodução assistida, está se negando a própria dignidade desta pessoa.

Para evitar que uma pessoa gerada por uma inseminação artificial heteróloga não venha se casar com um irmão ou uma irmã, filho ou filha “legítima” do doador de sêmen ou que se venha praticar a quebra do sigilo, só vemos uma solução: o material genético doado ser utilizado para uma única gestação.

## **13.12. CONCLUSÃO**

Não se discute se, em alguns casos, a esterilidade cria estados psicológicos complexos num matrimônio. Porém, é certo que um filho concebido numa heterofecundação poderá provocar, em vez de

paz e harmonia, sérios transtornos entre o homem e a mulher. Os direitos de paternidade podem existir também no homem, cujas prerrogativas são recíprocas no casamento.

Depois, deve ficar bem claro que essas técnicas de reprodução assistida devem favorecer exclusivamente as pessoas com problemas incontornáveis de esterilidade, quando os outros processos mostrarem-se ineficientes. Some-se a isso a necessidade do consentimento informado obrigatório a todas as pessoas envolvidas no processo, assim como aos possíveis resultados e suas implicações de caráter biológico, ético, jurídico e econômico. A mulher, se casada ou em união estável, necessariamente terá de contar com a aprovação do cônjuge ou companheiro.

Finalmente, não se deve esquecer que o grande responsável pelo progresso da Medicina, por incrível que pareça, não é essa extraordinária evolução tecnológica e científica, nem o avanço material que aparentemente se vive nos dias atuais; mas o próprio progresso do pensamento médico.

Infelizmente, já iniciamos a era dos grandes tumultos, desafiadores e terrivelmente confusos, onde se abrem veredas sombrias e duvidosas. Existe uma inquietude, um frenesi e uma ansiedade no homem de agora, neste exato momento em que o sentimento se alia, mais e mais, ao materialismo, e quando a indiferença aos valores humanos dá a impressão de ter tomado conta do mundo.

Uma coisa é certa: o sentimento que criou a adoção é maior, muitas vezes, do que qualquer resultado de laboratório, por mais espetacular que ele pareça.

### 13.13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, A. D. A inseminação artificial em face da moral e do direito. *Revista Forense*, v. 149, 1953.
- BAYON, J. G. *Medicina y moral*. Buenos Aires: Editorial Poblet, 1946.
- BRUNO, A. *Direito penal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.
- CALÓN, E. C. *El aspecto penal de la fecundación artificial*. Tres temas penales. Barcelona: Bosch, 1955.
- CLOTET, J.; GOLDIN JR. *Seleção de sexo*. Porto Alegre: Edipucsr, 2004.
- DIERKENS, L. *Le droit sur le corps et sur le cadavre de l'homme*. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1966.
- FRANÇA, G. V. Aspectos médico-legais da fecundação artificial heteróloga. *JAMB*, São Paulo, ano XIV, n. 598, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Direito sobre o corpo à luz da ética e da lei*. *O Médico Moderno*, São Paulo, v. 14, n. 1, abr. 1974.
- \_\_\_\_\_. *Fecundação artificial*. *Femina*, v. 2, n. 6, ago. 1974.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (V)*. Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (VI)*. Recife: Edupe, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Fundamentos de medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. *O ginecologista e a adolescente*. *O médico moderno*. São Paulo: Abril, 1975.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- GUIMARÃES, L. C. *Inseminação artificial criminosas*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1978.
- HUNGRIA, N. *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro: Editora Revista Forense, 1962. v. V.
- JONAS, H. *Engenharia biológica – uma previsão*. In: \_\_\_\_\_. *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Passagens, 1994.
- MATHIAS, R. B. G. *Sobre o estatuto jurídico do feto*. 1997. Tese (Mestrado) – UERJ, Rio de Janeiro.
- NORONHA, E. M. *Fecundação artificial e adultério*. *Revista dos Tribunais*, n. 306, 1961.
- RESPIGLIOSI, E. V. *Derecho genético*. Lima: Grujley, 2003.
- RODRIGUES, G. C. *Maternidade e tecnologia bélica*. *Femina*, Rio de Janeiro, abr. 1991.
- ROVIRA, G. B. *Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos*. Montevideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SANTOS, R. B. T. S. P. *Responsabilidade civil do médico na inseminação artificial*. *Responsabilidade civil, médica, odontológica e hospitalar*.

São Paulo: Saraiva, 1991.

YAGUE, F. L. Fecundación artificial y derecho. Madrid: Tecnos, 1988.

## ABORTO LEGAL E ABORTO CRIMINOSO

**Sumário:** 14.1. Introdução. 14.2. Aborto terapêutico. 14.3. Antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia. 14.4. Aborto sentimental. 14.5. Aborto eugênico. 14.6. Aborto social. 14.7. Aborto por motivo de honra. 14.8. Aborto livre. 14.9. Tentativas de legalização do aborto. 14.10. Referências bibliográficas.

### Código Penal

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque. Pena – Detenção de um a três anos.

Art. 125. Provocar aborto sem o consentimento da gestante. Pena – Reclusão de três a dez anos.

Art. 126. Provocar o aborto com o consentimento da gestante. Pena – Reclusão de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II – se a gravidez resulta de estupro, e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

### Código de Ética Médica

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

### *É direito do médico:*

I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

### *É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 6.º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

## **14.1. INTRODUÇÃO**

O Direito ampara a vida humana, não apenas depois do nascimento, mas desde o momento da fecundação. Com a formação do ovo, depois embrião e feto, começam o amparo, a tutela e as sanções da norma penal, pois daí em diante se reconhece naquele novo ser uma vida humana, a qual não pode a lei ignorar.

Andou acertado o legislador pátrio quando colocou o aborto entre os crimes contra a vida.

Nosso código não assimilou o conceito inglês e canadense, para os quais constitui delito a simples manobra uterina na tentativa de fazer abortar, sem preocupar-se com a presença ou não de uma gravidez. Entre nós, tal fato configura-se crime apenas contra a gestante.

A destruição de uma vida intrauterina, até momentos antes do parto, constitui o crime de aborto. Assim, aborto criminoso é a morte dolosa do ovo. Designa-se ovo, em Medicina Legal, o produto normal da concepção, até os instantes do parto. Esse conceito difere do de Obstetrícia, para o qual, após o sétimo mês, é considerado parto prematuro, e antes desse período é classificado o aborto em ovular, embrionário e fetal.

Parto prematuro é a expulsão do feto viável, antes de seu completo desenvolvimento. Em Medicina Legal, a idade do produto da concepção não tem influência. Portanto, não se pode considerar

separadamente aborto e parto prematuro. Há legislações que consideram a espécie *feticídio*, quando o sujeito passivo tem condições, embora precárias, de vida autônoma.

Discute-se qual o termo mais correto: aborto ou abortamento. O primeiro seria o produto expelido, e o segundo traduziria o ato. Deve-se, porém, chamar sempre aborto, pois é assim que se expressa a nossa lei.

Nas legislações mais antigas, quando o feto era considerado simplesmente *pars viscerum matris*, a punição ao aborto visava ao dano que pudesse resultar ao organismo materno.

Foi o cristianismo, todavia, que configurou aborto como um delito contra o ser humano, chegando a puni-lo com sanções iguais ao homicídio, embora surgisse o problema da época do aparecimento da alma que, para alguns teólogos, surgia da 6.<sup>a</sup> a 10.<sup>a</sup> semana de vida intrauterina.

Santo Agostinho, ainda influenciado pelos conceitos aristotélicos, admitia o aparecimento da alma dos 40 aos 80 dias após a concepção. São Basílio, no entanto, admitia sempre o aborto, qualquer que fosse a idade do feto.

Hoje, em quase todas as legislações do mundo, é o aborto severamente punido, como um crime praticado contra uma vida humana em formação e que tem o direito de prosseguir e nascer. O objeto do crime de aborto não é a mulher, mas a vida que se encontra no alveo materno, embora resguardem-se também a vida e a saúde da gestante, punindo-se os atentados à sua integridade. Por isso é alvo de sanção mesmo a mulher que pratica em si própria o aborto, pois o que se visa com isso é unicamente à garantia da existência dessa nova vida.

Para muitos, o aborto não deixa de ser um homicídio, embora justificado em circunstâncias especiais. Daí constituir-se uma forma própria de delito com aquela denominação consagrada pela técnica jurídica, embora, antologicamente, sendo a morte de um ser humano, não há que negar a configuração de homicídio. Só não o é em sentido mais profundo unicamente devido ao início da personalidade imposto pelo nascimento com vida, conceito esse fundamentado na doutrina natalicista.

No direito brasileiro, a codificação penal distinguiu quatro formas de aborto, plenamente diferenciadas pela natureza do agente e pela existência ou não do consentimento da gestante: aborto provocado pela própria gestante, aborto provocado sem o consentimento desta, aborto provocado com o seu consentimento e, finalmente, o realizado pelo médico.

Quando a gestante provoca o aborto em si mesma ou permite que alguém lho provoque, sua responsabilidade penal e sua punição são as mesmas.

Quando um terceiro pratica o aborto com o consentimento da gestante, esse fato de consentir, a que a lei se refere, não tem eficácia jurídica, pois essa vontade não se assenta numa validade legal. O mesmo se entende se essa permissão é obtida mediante fraude, violência ou grave ameaça.

Se o aborto é provocado sem a anuência da mulher grávida, ou com a manifestação expressa contrariamente a essa prática, ou quando ela não tem conhecimento desse estado ou desse ato praticado, a pena imposta, como não poderia deixar de ser, é acentuadamente maior.

O aborto realizado pelo médico, chamado aborto necessário, é feito para salvar a vida da gestante ou para evitar o nascimento de um ser gerado através de estupro. Nosso código reconhece, portanto, duas situações de exclusão da antijuridicidade desse delito: a indicação médica e a sentimental. No entanto, várias decisões judiciais, em cidades diferentes, autorizaram o aborto em casos de *anencéfalos*. Mesmo não sendo considerados eugênicos nem suficientes para criarem uma jurisprudência, isso certamente será um precedente quando outros magistrados se pronunciarem em casos semelhantes. Numa das decisões, o juiz afirma que “não se está admitindo a indicação eugênica do aborto com o propósito de melhorar a raça, ou evitar que o ser em gestação venha a nascer cego, aleijado ou mentalmente débil. Busca-se evitar

o nascimento de um feto cientificamente sem vida, inteiramente desprovido de cérebro e incapaz de existir por si só”.

## **14.2. ABORTO TERAPÊUTICO**

No aborto terapêutico está configurado o estado de necessidade em que, para salvar a vida da mãe, cujo valor é mais relevante, sacrifica-se o feto. É preciso entender que nossa lei não esqueceu que essa nova vida constitui um ser humano, mas procura proteger um bem maior.

A vida da mãe é um fruto já consagrado e de importância fundamental sobre outras vidas. A solução jurídica no confronto dessas duas existências é o sacrifício do bem menor.

A redação do art. 128 do Código Penal brasileiro, que permite o aborto nas circunstâncias acima citadas, é por demais simplista, dando margem, cada vez mais, ao aborto criminoso. Há necessidade, inclusive, de reformar aquele dispositivo, a fim de que alguns profissionais inescrupulosos não se aproveitem, praticando o aborto ilegal, alegando ser um recurso heroico para salvar uma vida.

Cada dia que passa, tão grande tem sido o avanço da Medicina que as indicações diminuem, a ponto de se contar nos dedos as situações indiscutíveis da prática do aborto terapêutico.

O estado de necessidade de terceiro que justifica esse ato só pode ser aludido: 1. Se a mãe apresenta perigo vital; 2. se esse perigo está sob a dependência direta da gravidez; 3. se a interrupção da gravidez faz cessar esse perigo para a vida da mãe; 4. se esse procedimento é o único meio capaz de salvar a vida da gestante; 5. ainda, sempre que possível, quando houver confirmação ou concordância de outro colega.

A liceidade do aborto terapêutico independe do consentimento da gestante ou de terceiros, pois essa prática em tais circunstâncias está plenamente amparada pela lei e pelos preceitos que regem a ciência médica.

Desta forma, chega-se à conclusão de que são raros os casos em que o médico necessite intervir ante a possibilidade real de perigo de vida para a gestante. No futuro passará essa forma de conduta, como muitas outras coisas passaram em Medicina.

## **14.3. ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO EM CASOS DE ANENCEFALIA**

A anencefalia é uma grave alteração fetal que se caracteriza por um defeito no fechamento do tubo neural, estrutura que dá origem ao cérebro, cerebelo, bulbo e à medula espinhal. Pode ocorrer entre o 21.º e o 26.º dia de gestação e o seu diagnóstico é feito a partir de 12 semanas de gestação, inicialmente por meio de ultrassonografia e da ressonância magnética. Nestes casos observa-se ausência da maior parte do cérebro e da calota craniana e quase sempre a ausência dos demais órgãos do encéfalo e da medula espinhal.

Nessas situações as crianças nascem sem a fronte, com orelhas malformadas e de implantação baixa e pescoço curto. A boca é sempre pequena e o nariz longo. Têm excesso de pele nos ombros, olhos grandes e protrusos. Mesmo que tenham quase todos os reflexos primitivos do recém-nascido, não sobrevivem horas ou minutos. Quando sua sobrevivência é por tempo maior, a anencefalia não é completa por restarem rudimentos cerebrais.

O Supremo Tribunal Federal aprovou a interrupção de gravidez de fetos anencéfalos, também chamada antecipação terapêutica do parto por maioria de votos, acompanhando o voto do Min. Marco Aurélio de Mello, relator da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF n.º 54,

declarando inconstitucional a interpretação dada aos artigos 124, 126 e 128 (incisos I e II) do Código Penal, que criminaliza a antecipação terapêutica de parto nos casos de anencefalia.

Entre outros fundamentos, expôs: “A incolumidade física do feto anencéfalo, que, se sobreviver ao parto, o será por poucas horas ou dias, não pode ser preservada a qualquer custo, em detrimento dos direitos básicos da mulher (...). Cabe à mulher, e não ao Estado, sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez. (...) Aborto é crime contra a vida. Tutela-se a vida potencial. No caso do anencéfalo, repito, não existe vida possível. O anencéfalo jamais se tornará uma pessoa. Em síntese, não se cuida de vida em potencial, mas de morte segura”.

E disse mais: “Mesmo à falta de previsão expressa no Código Penal de 1940, parece-me lógico que o feto sem potencialidade de vida não pode ser tutelado pelo tipo penal que protege a vida”. Relatou que, na época da edição do Código Penal, o legislador, para proteger a honra mental e a saúde da mulher, entendeu que o aborto em gestação advinda de estupro não seria crime, situação em que o feto é plenamente viável. Entendeu assim: “Se a proteção ao feto saudável é passível de ponderação com direitos da mulher, com maior razão o é eventual proteção dada ao feto anencéfalo”.

Durante seu voto o ministro Marco Aurélio também afastou a premissa utilizada em prol da defesa do anencéfalo de que os seus órgãos poderiam ser doados. Segundo ele, além de ser vedada a manutenção de uma gravidez somente para viabilizar a doação de órgãos, essa possibilidade é praticamente impossível no caso de anencefalia, pois o feto terá outras anomalias que inviabilizariam a prática. Obrigar a mulher a manter a gravidez apenas com esse propósito seria o mesmo que considerá-la sob uma perspectiva utilitarista.

Antes dessa decisão, em sentenças repetidas, alguns alvarás judiciais foram expedidos no sentido de favorecer a prática da interrupção seletiva da gravidez em casos de anencéfalos. Não chegaram a formar jurisprudência, mas funcionaram certamente como um precedente quando outros magistrados se pronunciaram em casos semelhantes em que a anomalia fetal fosse totalmente incompatível com a vida extrauterina.

Todavia, o aborto seletivo em fetos anencefálicos não pode ser incluído entre os abortos ditos eugenésicos, pois estes evitam o nascimento de crianças com defeitos físicos ou perturbações psíquicas, enquanto aquele apenas promove a interrupção de uma gravidez cujo feto não tem nenhuma condição de vida autônoma. Numa daquelas sentenças de permissão para a interrupção de uma gravidez por anencefalia há registro no seguinte teor: “não se está admitindo por indicação eugênica com o propósito de melhorar a raça, de evitar que o ser em gestação venha nascer cego, aleijado ou mentalmente débil. Busca-se evitar o nascimento de um feto cientificamente sem vida, inteiramente desprovido de cérebro e incapaz de existir por si só” (Alvará emitido na Comarca de Londrina, Segunda Vara Criminal. Diagnóstico: anencefalia, em 1.º de dezembro de 1992).

Assim, o que se temia com a decisão favorável do STF na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF n.º 54 é que fosse utilizada como atalho no sentido de inserir entre os casos de anencefalia problemas de desordens genéticas, por exemplo, ampliando-se aquela permissão para o chamado aborto eugenésico, que nada tem a ver como a decisão tomada por aquela Suprema Corte.

O Conselho Federal de Medicina dispôs, pela Resolução CFM n.º 1.989/2012, sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto, orientando que, na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia, o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Estabelece que o diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12.ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter: I – duas fotografias, identificadas e datadas:

uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável; II – laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir.

É direito da gestante: a) solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico; b) ante o diagnóstico de anencefalia, (i) manter a gravidez; (ii) interromper imediatamente a gravidez, independente do tempo de gestação, ou (iii) adiar essa decisão para outro momento.

Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma. Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico. Tanto a gestante que optar pela manutenção da gravidez quanto a que optar por sua interrupção receberão, se assim o desejarem, assistência de equipe multiprofissional nos locais onde houver disponibilidade.

A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos.

Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal. A ata, as fotografias e o laudo do exame referido no artigo 2.º desta resolução integrarão o prontuário da paciente.

Diz, ainda, a citada Resolução que, realizada a antecipação terapêutica do parto, o médico deve informar à paciente os riscos de recorrência da anencefalia e referenciá-la para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à pré-concepção, quando for livremente desejada, garantindo-se, sempre, o direito de opção da mulher. A paciente deve ser informada expressamente de que a assistência pré-concepcional tem por objetivo reduzir a recorrência da anencefalia.

Enfim, a decisão de antecipar o parto torna-se menos delicada quando se sabe que estas crianças, ainda que assegurada toda assistência, não apresentam condições para sobreviver por tempo razoável. Mesmo que se reconheça que a anencefalia não figura entre as excludentes do artigo 128 do Código Penal brasileiro, pois não configura uma possibilidade de alto risco da gestacional, há plena certeza de uma vida que não vai continuar. Por isso, em casos de anencefalia não há dilema ético ou legal, existindo, assim, uma aquiescência absoluta pela interrupção da gravidez, em face de argumentos eminentemente técnicos de sobrevivência, e não de qualidade de vida. Por outro lado, não seria justo exigir de uma mãe o sacrifício de uma gravidez que germinará numa criança sem nenhuma chance de viver.

Antes, o Ministro Marco Aurelio Mello, como relator de uma liminar concedida em favor de uma interrupção da gravidez em caso de anencefalia, em ação proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, já havia se declarado da seguinte forma: “Em questão está a dimensão humana que obstaculiza a possibilidade de se coisificar uma pessoa, usando-a como objeto. Conforme ressaltado na inicial, os valores em discussão revestem-se de importância única. A um só tempo, cuida-se do direito à saúde, do direito à liberdade em seu sentido maior, dos direitos à preservação da autonomia da vontade, da legalidade e, acima de tudo, da dignidade da pessoa humana. O determinismo biológico faz com que a mulher seja a portadora de uma nova vida, sobressaindo o sentimento maternal. A alteração física, estética, é suplantada pela alegria de ter em seu interior a sublime gestação. As percepções se aguçam, elevando a sensibilidade. Pois bem, a natureza, entretantes, reserva surpresas, às vezes desagradáveis. Diante de uma deformação irreversível do feto, há de se lançar mão dos avanços médicos

tecnológicos, postos à disposição da humanidade não para a simples inserção, no dia a dia, de sentimentos mórbidos, mas, justamente, para fazê-los cessar. No caso da anencefalia, a ciência médica atua com margem de certeza igual a 100%. Dados merecedores da maior confiança evidenciam que fetos anencefálicos morrem no período intrauterino em mais de 50% dos casos”.

E mais: “Quando se chega ao final da gestação a sobrevida é diminuta, não ultrapassando o período que possa ser tido como razoável, sendo nenhuma chance de afastarem-se, na sobrevida, os efeitos da deficiência. Então, manter-se a gestação resulta em impor à mulher, à respectiva família, danos à integridade moral e psicológica, além dos riscos físicos reconhecidos no âmbito da medicina. Como registrado na inicial, a gestante convive diuturnamente com a triste realidade e a lembrança ininterrupta do feto, dentro de si, que nunca poderá se tornar um ser vivo. Se assim é – e ninguém ousa contestar –, trata-se de situação concreta que foge a glosa própria ao aborto – que conflita com a dignidade humana, a legalidade, a liberdade e a autonomia de vontade. A saúde, no sentido admitido pela Organização Mundial da Saúde, fica solapada, envolvidos os aspectos físico, mental e social. Daí cumprir o afastamento do quadro, aguardando-se o desfecho, o julgamento de fundo da própria arguição de descumprimento de preceito fundamental, no que idas e vindas do processo acabam por projetar no tempo esdrúxula situação”.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM n.º 1.989, de 10 de maio de 2012, que dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto, decidiu: “Art. 1.º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez. Art. 2.º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12.ª (décima segunda) semana de gestação e deve conter: I – duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável; II – laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico. Art. 3.º Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir: § 1.º É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico. § 2.º Ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de: I – manter a gravidez; II – interromper imediatamente a gravidez, independente do tempo de gestação, ou adiar essa decisão para outro momento. § 3.º Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma. § 4.º Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico. § 5.º Tanto a gestante que optar pela manutenção da gravidez quanto a que optar por sua interrupção receberão, se assim o desejarem, assistência de equipe multiprofissional nos locais onde houver disponibilidade. § 6.º A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos. Art. 4.º Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal. Parágrafo único. A ata, as fotografias e o laudo do exame referido no artigo 2.º desta resolução integrarão o prontuário da paciente. Art. 5.º Realizada a antecipação terapêutica do parto, o médico deve informar à paciente os riscos de recorrência da anencefalia e referenciá-la para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à pré-concepção, quando for livremente desejada, garantindo-se, sempre, o direito de opção da mulher. Parágrafo único. A paciente deve ser informada expressamente que a assistência pré-concepcional tem por objetivo reduzir a recorrência da

anencefalia”. Ver também Exposição de Motivos desta Resolução.

#### 14.4. ABORTO SENTIMENTAL

O art. 128 já citado ainda faz referência ao aborto nos casos de estupro. É o aborto sentimental ou moral. A questão apareceu quando alguns países da Europa, na Primeira Guerra Mundial, tiveram suas mulheres violentadas pelos exércitos invasores. Surgiu então um movimento patriótico de repercussão em todo o mundo, contra essa maternidade imposta pela violência, pois não era justo que aquelas mulheres trouxessem no ventre o fruto de um ato indesejado, lembrando para sempre a abominação recebida.

Assim, a partir de então, em quase todas as legislações do mundo, a lei permite que a mulher grávida, vítima dessa forma de conjunção carnal, aborte, pois não seria concebível admitir que uma pessoa humana tivesse um filho que não fosse gerado pelo seu consentimento ou pelo seu amor.

Em tais situações, defende-se o princípio do estado de necessidade, contra as consequências oriundas de um grave dano à pessoa. O nosso legislador atendeu unicamente a razões de ordem ética e emocional, evitando-se, dessa maneira, a vergonha e a revolta da mulher violentada, que teria no filho a imagem de uma ofensa e de uma humilhação, testemunha da sua desgraça e da sua desonra.

A nosso ver, mesmo com tais argumentos, essa forma de aborto é difícil de ser justificada sob o ponto de vista jurídico-penal. Seria garantir o direito de atentar contra uma vida, sem que haja nenhuma forma justificável de exclusão da criminalidade como legítima defesa da vida, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito. Se não aceitamos, por tradição e por índole, a pena de morte de um criminoso, por mais cruel e hediondo que seja o crime, como iríamos permitir a morte de um ser inocente? Toda sociedade e toda forma de direito assentam-se no respeito inviolável à vida humana, e esse respeito deve estender-se desde a fecundação até o último alento da criatura. Essa inviolabilidade não é apenas uma convenção ou um princípio, mas o fundamento de todo Direito.

Afrânio Peixoto afirmava que “o filho é sempre um coração de mãe que passa para outro corpo”. E ainda nos ensina o exemplo de D’Alembert, um bastardo, que foi a alma de uma revolução e proclamou o direito dos povos.

É difícil justificar, nesse tipo de aborto, o estado de necessidade. Fazer um mal para evitar outro maior jamais seria legítimo, pois tirar uma vida, mesmo gerada pela violência, não apagaria o efeito. Seria uma ação contra quem não teve qualquer participação, nem nenhuma culpa. E tenha-se em vista que a vida é o maior bem da natureza.

Deve ainda ter relevância o fato de ser o estupro uma efetivação de difícil prova, e de constituir, essa prática abortiva pelo médico, um ato extremamente simplificado pela sua forma sumária de execução.

Infelizmente, nessas situações, a lei deixa de amparar e preservar uma vida humana, com base em sentimentos eminentemente individualistas, o que vem contrastar com todo fundamento do Direito.

Assim, o aborto sentimental nos enche de terríveis dúvidas, pois não nos parece de boa lógica que o sacrifício de uma vida possa reparar uma crueldade já praticada. É simplesmente aplicar a pena de morte a um “réu” indefeso e sem culpa, que pagará unicamente pelo crime cometido por outrem: triste forma de se fazer justiça; estranha maneira de se reparar um crime. Mesmo assim, sempre que houver processo criminal de estupro em andamento, antes de o médico praticar o aborto é aconselhável obter autorização do juiz ou dos representantes do Ministério Público, cujo consentimento deixará o profissional em situação de não lhe caber, no futuro, nenhuma responsabilidade.

Outras justificativas de aborto, como o eugênico e o social, não foram amparadas pela nossa lei, costumes e tradições.

## 14.5. ABORTO EUGÊNICO

O tema *aborto* sempre significa uma oportunidade para ampla e necessária discussão com a sociedade, dado o caráter complexo e delicado da questão. Isto não sanciona, todavia, o desrespeito à legislação vigente, a subversão da ordem constituída e a pregação à desobediência civil, mas uma oportunidade de trazer ao debate, dentro das políticas sociais de demografia e planejamento familiar, as questões que o aborto traz como repercussão no conjunto dos problemas de ordem pública e de saúde coletiva, elevando, desse modo, o nível de informação da sociedade. Certamente, o aborto eugênico é o que mais comove e ganha espaço nessas discussões.

O aborto chamado eugênico, que visa à intervenção em fetos defeituosos, ou com possibilidades de o serem, não está isento de pena pelo nosso diploma legal.

O mais grave certamente será introduzir nesta discussão o critério de “qualidades dos fetos”, possibilitando a interrupção seletiva de uma gravidez pela razão de o feto ou embrião ter certas limitações físicas ou mentais e, por isso, uma reduzida capacidade de vida autônoma, como se alguém viesse ao mundo para ganhar torneios e disputas. O ser humano não pode ser julgado, na avaliação de sua existência, pela “plenitude de vida e independência socioeconômica”. Esta, no entanto, é uma questão vencida, pois não prosperou entre nós a ideia do chamado aborto eugênico.

Mesmo assim, há muito, em outros climas, vêm-se ampliando as indicações do aborto para evitar o nascimento de crianças defeituosas, indicações essas baseadas no papel que a nova medicina deve desempenhar na sociedade, em face dos meios mais avançados da ciência e da tecnologia, e como forma de valorizar o indivíduo e democratizar as disponibilidades médicas.

No entanto, é preciso saber se esses fantásticos meios da biotecnologia hodierna vão colocar-se em favor da vida e do bem-estar do ser humano, no seu direito mais elementar de nascer e existir, como está solenemente consagrado em todos os documentos cuja inspiração seja o respeito à dignidade humana, como legítima conquista dos homens e das mulheres do mundo inteiro.

Por outro lado, as técnicas de diagnósticos pré-natais, tão sofisticadas e onerosas hoje em dia, pelo menos deviam estar em favor da vida do novo ser, e não contra ela. Se o diagnóstico pré-natal tiver como única proposta a possibilidade da prática abortiva, como quem faz um exame de qualidade, trata-se de um atentado aos princípios da moralidade, um desrespeito aos valores da pessoa humana e uma coisa pobre e mesquinha.

O argumento que pretende justificar o direito de abortar, quando uma mulher apresenta ou supõe apresentar malformação de um filho que vai nascer, é o mesmo que poderia garantir a outra gestante, que não pôde ou não teve a oportunidade de realizar exames pré-natais, o direito de ser contemplada, mais adiante, com uma legislação que lhe permitisse praticar impunemente o infanticídio ou a eutanásia neonatal.

O fato de ser o aborto uma prática difundida, mesmo ao arrepio da lei, não justifica, pura e simplesmente, sua legalização, pois as leis têm sempre, além de sua ação punitiva, o caráter educativo e purificador. Seria um risco muito grande excluir da proteção legal o direito à vida de seres humanos frágeis e indefesos, o que contraria os princípios aplaudidos e consagrados nos direitos humanos.

A vida é um bem tão intangível que se torna supérfluo dizer que está protegida pela Constituição, pois, como bem mais fundamental, ela transcende e excede todos os seus dispositivos. É a partir da vida

que emergem todas as necessidades de legislar. E quando excepcionalmente se admite, em caráter mais que desesperado, a eventual fuga a esses princípios básicos, isto se faz sempre em defesa irrefutável da própria vida, como na legítima defesa, no estado de necessidade e no estrito cumprimento do dever legal.

Qualquer forma de violência contra um ser humano é uma violência contra todos os outros homens, contra o homem comum – o Cristo da sociedade atual. Qualquer forma de violência contra um ser incapaz e desprotegido não é própria da consciência médica nem compatível com o destino da medicina, pois seria uma quebra da tradição que a cristalizou como um projeto em favor do homem e da humanidade, sem discriminação ou preconceito de qualquer espécie.

Se alguém tem pensamento contrário e admite que vai contribuir com o bem-estar da sociedade, agindo opostamente, está enganado. Vai, no mínimo, incutir o egoísmo, saciar a insensibilidade e promover a discriminação. Não é pelo fato da existência de uma malformação fetal que o aborto deixaria de constituir uma ofensa à vida e à dignidade humana. Independentemente da forma que tenha nascido o ser humano, é homem, é sujeito de direito, tem lugar garantido como personalidade jurídica.

Ninguém jamais poderá negar o desejo de que todas as crianças nasçam saudáveis e perfeitas. Ninguém pode também menosprezar a aflição e as dificuldades dos pais de crianças malformadas. No entanto, isto, por mais pungente que seja, não autoriza ninguém, muito menos os que não vivem esse sofrimento, a retirar desses seres o direito à vida.

O ser humano não pode ser julgado, na avaliação de sua existência, pela “plenitude de vida e independência socioeconômica”, nem, muito menos, pelo fulgor de uma inteligência privilegiada ou pela formosura de seus traços físicos, porque ele não foi proposto para torneios e disputas, mas para realizar o destino de criatura humana. E, como tal, não pode ser avaliado por quem quer que seja, pois isso não é o resultado de uma simples convenção, senão um imperativo da própria natureza humana.

Qualquer que seja o estágio da ciência, qualquer que seja o avanço da biotecnocracia, que tudo quer saber e tudo explicar, não existe argumento capaz de justificar a disposição incondicional sobre a vida de um ser humano, propondo sua destruição com base em justificativas que se sustentem na “relação custo-benefício”, pois essa vida é intangível e inalienável. Só assim estaremos ajudando a salvar o mundo. Apesar de todos os horrores, este é o mundo dos homens. Esta é também a forma de ele reencontrar o caminho de volta a si mesmo, em espírito e em liberdade.

## **14.6. ABORTO SOCIAL**

Da mesma maneira, a interrupção de uma gravidez por motivos econômicos ou morais não estaria, de forma alguma, justificada, pois o estado não poderia ameaçar a existência de alguém por razões dessa natureza.

Permitir a morte de um ser humano, por motivos de falta de recursos suficientes para sua manutenção, é um triste sinal de insensibilidade e desvalorização da vida, sendo essa forma um atestado insofismável da falta de coragem em afirmar que tais problemas podem ser resolvidos com medidas de ordem social que deem à mulher condições de criar seus filhos.

Pensar também que legalizando o aborto estaríamos concorrendo para evitar o aborto criminoso é simplesmente uma ilusão.

O aborto delituoso tem suas raízes em fenômenos psicológicos e morais. Nos abortários oficiais estariam sendo atendidas aquelas cuja gravidez não passasse sobre sua honra, ou seja, as mulheres casadas, ou aquelas em condições morais de fazê-lo. As outras, de gravidezes indesejadas ou ilícitas, prefeririam sempre uma intervenção não controlada e secreta. Não admitiriam expor seus motivos diante

de uma comissão ou de uma junta médica. Jamais aceitariam figurar em registros e documentos oficiais. Assim, as de gravidez ilegítima em nenhuma hipótese recorreriam às soluções legais.

Sejam quais forem os motivos, as mulheres, em sua maioria, antes de aceitarem o processamento oficial do aborto, opinariam pelo caminho da clandestinidade, que respeita o anonimato, sem exigir explicação de seus motivos.

Quem quiser discutir as medidas destinadas a combater o aborto ilegal deverá, de antemão, estar ciente de que nem o temor da punição nem a complacência do estado, abrindo sua legislação ao aborto livre, seriam capazes de suprimir, nem sequer reduzir, o aborto criminoso, pois ele tem sua efetivação em fundamentos de ordem eminentemente moral.

Para diminuir o aborto provocado, entre outras coisas faz-se necessária a criação de uma nova consciência no sentido de abolir o falso preconceito contra a maternidade clandestina, aceitando-se sem restrições a mãe solteira, e amparando-se indiscriminadamente esse filho, sem as limitações cruéis ditadas pela lei. Tais medidas não visariam, é certo, à recomendação ou à apologia da maternidade intangível.

#### 14.7. ABORTO POR MOTIVO DE HONRA

Sempre houve, entre alguns pensadores, a tentativa de incluir no novo Código Penal a figura do chamado “*aborto por motivo de honra*”. Com ele, uma possível redução de pena por ter a gravidez um certo caráter de pressão social ou familiar diante de uma indesejada ou ilegítima gestação, dando-lhe, assim, tipificação de *delictum exceptum*. Ou seja, ressuscitar a antiga figura do “*aborto honoris causa*” do velho Código republicano de 1890 que concedia benignidade de pena à mulher que viesse praticar abortamento como motivo de ocultação de sua desonra. E chegaram a propor um artigo com a seguinte redação: “Provocar aborto em si mesma, para ocultar desonra própria: Pena – detenção, de seis meses a dois anos. Parágrafo único. Na mesma pena incorre quem provoca o aborto, com o consentimento da gestante, para ocultar-lhe a desonra”.

A liberdade de a mulher dispor livremente de si mesma – o *jus in se ipsum* – não pode chegar a tanto e encontrar eco nos dias atuais, uma vez que, alguém possuindo alguns direitos sobre si, esses direitos não podem ser absolutos, senão limitados pelos direitos dos outros homens, pelos direitos da comunidade e pelas necessidades da ordem pública.

Ainda que o feto não constitua uma pessoa de plena capacidade civil, existe a expectativa de o ser. O estado, no entanto, obriga-se a dar condições para que aquela vida converta-se numa capacidade real. A abolição ilimitada da penalidade contra o aborto, por seu turno, não deixa de ser um atestado incontestado de despojar o homem de toda a sua responsabilidade, no que se refere aos impulsos sexuais, e contribuir para um grave dano à humanidade no que se refere aos seus valores demográficos e morais.

Os defensores do privilégio da atenuação penal no aborto por motivo de honra afirmam que a mulher, ao ocultar uma gravidez ilícita, torna-se presa de uma cruel tortura na tentativa de salvar sua reputação, matando o *infans conceptum*. E muitas são as legislações penais do mundo que aceitam a diminuição da pena por tais motivos: Código Penal mexicano (art. 332); espanhol (art. 414); português (art. 358.º, parágrafo 3.º); chileno (art. 344); cubano (art. 444); hondurenho (art. 411); panamenho (art. 230); turco (art. 472); colombiano (art. 389); guatemalteco (art. 389); equatoriano (art. 429); paraguaio (art. 353).

No aborto por motivo de honra, a mulher coloca-se na difícil situação de manter a honra e preservar o fruto do seu afeto. De início, o amor sobreleva-se à honra, e surge a gravidez. Em seguida, a honra sobrepõe-se ao amor, e impõe-lhe a destruição do filho.

Trazer a espécie aborto *honoris causa* ao corpo do novo estatuto penal outra coisa não reflete senão um infeliz retrocesso e a triste confissão de que a sociedade não evoluiu nos seus conceitos nem se redimiou de seus preconceitos falsos, posto que nenhuma gravidez pode ser considerada imoral, a não ser que os propósitos que a motivaram sejam ilícitos e desonestos.

Arrolar-se o aborto por motivo de honra entre os crimes privilegiados implica uma perigosa abertura que, a longo prazo, levará inevitavelmente a outras formas ilegais de aborto.

Se já existe circunstância judicial estatuída em nosso diploma penal, no art. 48, inciso IV, alínea I – “motivo de relevante valor social ou moral”, não há por que incluir tal delito como circunstância legal específica.

Se uma mulher realiza um aborto por motivo de miséria, pune-a a lei sem complacência. Se outra o faz para encobrir o fruto de uma prática adúltera, receberá a indulgência legal. Se um médico efetiva um aborto para evitar o nascimento de um ser deformado, não há benignidade de tratamento. No entanto, se alguém responsável por uma gravidez que se rotulou como ilegítima provoca ou induz ao abortamento, beneficia-se com a generosidade da pena branda. Simplesmente porque se passou a entender que ele oculta a desonra da mulher. Isso é, a toda prova, um contrassenso.

Que a lei tenha procurado abrandar seu rigor, atenuando a pena da gestante que pratica o aborto em situações especiais, de angústia e desespero, é fato a discutir-se. Porém, daí a levar esse privilégio a terceiros que participam desse crime, invocando aquelas razões, não nos sensibiliza nem nos convence.

Será que uma prática abortiva restitui uma honra?

Honra é o conceito que toda pessoa tem de sua própria dignidade. O conceito que os outros possam ter de alguém, no máximo, deve chamar-se de reputação.

Mais grave ainda é o fato de ser também amparado por aquele privilégio qualquer um que, com a anuência da gestante, pratica nela aborto para salvar-lhe a honra. Na maioria dos casos (e o tempo irá mostrar), o dispositivo vertente não beneficiará outra coisa que não uma conduta que deveria, antes de tudo, merecer reprovação.

Ao terceiro que efetua aborto, por motivo de honra, entende-se que essa benesse amplia-se a qualquer pessoa, e não apenas aos parentes próximos. Por incrível que pareça.

Quem mata para ocultar ou assegurar a impunibilidade de outro crime – “homicídio qualificado pela conexão consequencial” (art. 121, § 2.º, inciso V) – tem pena no limite máximo. Quem pratica um aborto para dissimular um adultério terá o privilégio da atenuação. A lei, simplesmente, conflitou-se consigo mesma.

Não tardará o tempo em que, por motivo de honra, atenda-se também às ocorrências de abertura econômica, ao controle da natalidade ou à presunção do nascimento de um filho doentio.

O objetivo de atenuar a pena nesse tipo de delito significa, tão somente, a reverência e o respeito à intolerância social, que censura uma forma de maternidade chamada de intangível, e tortura a mãe solteira destruindo-lhe o devido respeito que se deve a ela.

## **14.8. ABORTO LIVRE**

Quando se procura legalizar o aborto projetando-se na “realidade brasileira” um número presumível de abortamentos criminosos praticados anualmente – cerca de 2 milhões e 500 mil – ou por ser um fato consumado e progressivo, tais argumentos levam a sérias contradições: primeiro, aquela cifra jamais foi comprovada por dados científicos criteriosos. Depois, seria o caso de legalizar, por exemplo, o assalto, que é também um fato que se repete de forma continuada e galopante.

Ninguém se iluda pensando que o aborto oficial vai substituir o aborto criminoso. Ao contrário, este último aumenta. Assim foi na Hungria, na Polônia, no Japão, na ex-Tcheco-Eslováquia (hoje República Tcheca e Eslováquia), na Bulgária e na Dinamarca, conforme reconhecimento da própria OMS, em 1965, num relatório sobre mortalidade fetal e infantil. Os abortos estatais exigem identificação e justificativas. Eles, em sua maioria, continuarão a ser feitos de maneira secreta e não controlada, pois a clandestinidade é cúmplice do anonimato e não exige explicações.

Outra coisa: ocupar os leitos obstétricos, tão escassos, para práticas desse jaez seria um contrassenso. Se não temos condições de dar ao povo uma assistência médica à altura de suas necessidades mínimas, como poderíamos amparar todas essas mulheres a serem contempladas com a permissividade do abortamento? Enquanto a gravidez ocupa o leito obstétrico no máximo uma vez por ano, pergunta-se: quantas práticas abortivas a lei permitiria que uma mulher fizesse anualmente? É claro que ela não iria esperar pelo prazo máximo das 12 semanas, e dessa forma passaria teoricamente a ocupar esses leitos seis a oito vezes por ano.

Oficializando-se o aborto, estariam todos os médicos do serviço público obrigados à prática abortiva? Os docentes de Obstetrícia estariam no dever de colocar no currículo de ensino da especialidade não apenas os conhecimentos da assistência à parturiente e ao recém-nascido, também conhecimentos de como matar o embrião humano? É difícil conciliar uma Medicina que mata com uma Medicina que salva. Pelo que nos consta, a Medicina sempre esteve no mais alto respeito pelo irrestrito senso de proteção à vida do homem e não como um instrumento de destruição.

Serão criadas clínicas suntuosas de aborto e alguns profissionais passarão a especializar-se apenas na terapêutica abortiva. Se essa prática fosse legalizada, a Previdência Social não poderia fugir da obrigação de acolher esses casos, transferindo, portanto, o ônus aos segurados que passariam a financiar com suas contribuições o aborto estatal, ainda que a assistência médica continuasse cada vez mais precária, ou não concordassem eles com a utilização do patrimônio da instituição, para a qual concorrem com 8% dos seus minguados salários, na expectativa de que, mais adiante, na velhice ou na doença, possam ser acudidos.

É preciso que se tenha coragem de dizer às mulheres de baixa renda que dificilmente elas terão quem faça esses abortos gratuitamente. Elas serão, no máximo, manipuladas por mãos pouco adestradas que se especializarão para o exercício nos consultórios particulares.

Depois do aborto, inevitavelmente, como etapa sucessiva, virá o infanticídio legal do segundo ou terceiro filho para castigar os “indisciplinados sexuais”. Depois, a morte dos velhos, dos inválidos e dos incuráveis. Para tanto, basta lembrar a Alemanha de Hitler.

Infelizmente, determinados movimentos segregacionistas e colonialistas vêm procurando polarizar a atenção da sociedade brasileira, escondendo-se por trás do aborto, no intuito de justificar outras coisas pouco recomendáveis. E o aborto, entre outros, é um tema cômodo de camuflagem. E é de se perguntar: qual será o verdadeiro alcance e direção de tais movimentos?

Nossa opinião é de que as mães pobres devem continuar a ter seus filhos, mesmo com sacrifício, pois, além de acreditarmos num futuro promissor para este grande país, será também uma maneira de aumentar o número daqueles que lutarão contra a iniquidade social e contra os que não admitem o direito de o pobre existir.

## **14.9. TENTATIVAS DE LEGALIZAÇÃO DO ABORTO**

O anteprojeto ao Código Penal brasileiro apresentado ao Senado Federal (PLS 236/2012), no que

trata da exclusão do crime de aborto, assim se expressa:

### ***Exclusão do crime***

*Art. 128. Não há crime de aborto:*

*I – se houver risco à vida ou à saúde da gestante.*

*II – se a gravidez resulta de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida;*

*III – se comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extrauterina, em ambos os casos atestado por dois médicos.*

*IV – se por vontade da gestante até a 12.<sup>a</sup> semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade.*

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

Como se vê, a Comissão que elaborou o anteprojeto, mesmo afirmando, entre outros, que ele “colabora para a solução do confronto entre posições jurídico-fundamentais, a saber, o direito do feto ao nascimento”, deixa evidente que isto não é verdade, pois prioriza o direito da mulher de dispor sobre o próprio corpo, desde que o médico ou psicólogo constatem que ela não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade. Em resumo: as mulheres têm direitos. Os médicos também. Só quem não tem direitos é o ser que vai nascer.

A questão da anencefalia, já contemplada em virtude da decisão do Supremo Tribunal Federal, traz no seu rastro a extensão da ilicitude para os casos de o feto “padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extrauterina, em ambos os casos atestado por dois médicos”, e de sobra ainda concede o aborto “quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade”.

Como se viu acima, o anteprojeto apresentado ao Senado Federal para reforma do Código Penal revela situações novas no que dizem respeito aos excludentes de ilicitude do aborto, que passam a ser consideradas em relação ao diploma vigente:

#### **I – ATUAIS EXCLUDENTES DE ILICITUDE DO ABORTO**

No Código Penal de 1940, ainda em vigor, no artigo 128, incisos I e II, há duas causas que excluem a ilicitude da prática do aborto:

#### ***Aborto necessário***

*I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;*

#### ***Aborto no caso de gravidez resultante de estupro***

*II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.*

Se levarmos em conta a decisão do julgamento do Supremo Tribunal Federal em abril de 2012, pode-se dizer que há um terceiro excludente de criminalidade que seria a interrupção da gravidez em

caso de feto com anencefalia, inequivocamente diagnosticada por dois médicos, desde que a gestação seja interrompida somente após o consentimento expresso da gestante agora sob a alcunha de “antecipação terapêutica da data do parto”.

## II – PROPOSTAS DO PROJETO DE LEI DO SENADO (PLS) 236/2012

### a) *Se houver risco à vida ou à saúde da gestante.*

Os que lidam com a prática ou com a literatura médico-legal sabem que as expressões *perigo* e *risco de vida*, tratando-se de dano corporal de natureza penal, estão bem definidas e que entre elas há uma clara e definida distinção.

Entende-se por *perigo de vida* um conjunto de sinais e sintomas clinicamente demonstrável de uma condição concreta de morte iminente, ou seja, uma ameaça imediata de êxito letal. Tem como características principais a possibilidade concreta de morte (fundamentos clínicos), de ser um quadro objetivo-subjetivo de uma realidade atual e iminente e de representar uma situação passada ou presente, e nunca futura. Não pode ser condicionada a possíveis resultados. Mesmo que esse juízo de presunção esteja fundado em conceitos objetivo-subjetivos, exige-se uma realidade palpável, demonstrando de maneira atual e iminente que a vítima esteja ou tenha estado em perigo de vida, em face da gravidade da lesão. “O perigo decorre de um diagnóstico, e não de mero prognóstico de peritos. É preciso, para que ocorra essa gravidade de lesão, que pelo menos em determinado momento do processo patológico, mais ou menos longo, tenha se verificado uma efetiva probabilidade de êxito letal. O perigo, em suma, há de ser sério, atual e efetivo. Não remoto ou presumido” (TACRIM-SP, RT 447/414). Em suma: o perigo de vida é um diagnóstico, uma realidade, uma certeza. É real, efetivo e atual, demonstrado por sintomas e sinais indiscutíveis de grandes repercussões sobre a vida.

Já o *risco de vida* é uma probabilidade remota, condicionada a possíveis complicações e meramente presumido. O risco de vida é um prognóstico, uma presunção, uma probabilidade. Sob o prisma exclusivamente médico, qualquer ferimento pode, fortuitamente, configurar-se num êxito letal, como, por exemplo, um ferimento superficial agravado pela infecção tetânica. Mas esse não é o resultado geral, comprovado estatisticamente. Trata-se, nesse caso, de uma *concausa superveniente*. O que a lei exige, notadamente ao tratar dos danos corporais de natureza penal, é o diagnóstico, e não uma hipótese. “Não caracteriza perigo de vida a mera possibilidade de superveniência de infecção consequente a ferimentos produzidos por instrumentos não esterilizados” (TACRIM-SP, JUTACRIM 22/192).

No que concerne à autorização do aborto justificada pelo “risco à saúde da gestante”, é temerário e abusivo esse conceito, pois ele é muito abstrato e amplo permitindo interpretações variadas e nem sempre justificadas em sua essência e seus interesses. Não será nenhuma surpresa que alguém venha considerar a própria gravidez, em si própria, como um risco à saúde da mulher.

Desta forma, permanecendo o enunciado atual da excludente “*se não há outro meio de salvar a vida da gestante*”, estaria perfeitamente de bom tamanho.

O aborto realizado pelo médico para salvar a vida da gestante, chamado *aborto terapêutico*, encontra guarida no estado de necessidade. A solução jurídica presente no conflito desses dois bens – a vida da mãe e a vida do filho – foi o sacrifício do feto. Cada dia que passa, tão grande tem sido o avanço das ciências médicas que as indicações do aborto terapêutico diminuem, tornando raras as indicações indiscutíveis.

O estado de necessidade de terceiro que outorga ao médico o direito de praticar o “aborto terapêutico” deve ser aludido quando: 1 – a mãe apresenta perigo vital; 2 – este perigo esteja sob a dependência direta da gravidez; 3 – a interrupção da gravidez faça cessar esse perigo para a vida da mãe; 4 – esse procedimento seja o único meio capaz de salvar a vida da gestante; 5 – sempre que possível,

com a confirmação ou concordância de outros dois colegas.

A liceidade do aborto terapêutico em determinadas condições independe do consentimento da gestante ou de terceiros, pois essa prática pode estar circunstanciada de tal gravidade que a lei já ampara plenamente e a medicina conceitua como de indispensável intervenção (CP, art. 146, § 3.º, I).

Com o passar dos dias, chega-se à conclusão de que são raros os casos em que o médico necessite intervir ante a possibilidade real de perigo de vida para a gestante.

*b) Se a gravidez resulta de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida.*

Com a diversidade conceitual cada vez mais frequente das modalidades e definições das práticas atentatórias à dignidade sexual, seria interessante, pelo menos para uma discussão mais apropriada, ser claro ao especificar que tipo de violação. Se for por estupro, tal fato já está estipulado no código em vigor. Será que a exploração e o assédio sexuais dos quais resulte gravidez também admitem a exclusão da ilicitude na prática abortiva?

A legislação atual admite o chamado *aborto piedoso* ou *moral*. Tem essa forma de aborto sua indicação nos casos de estupro do qual resulte uma maternidade imposta pela violência e dificilmente admitida pela hediondez de tão brutal violência. Em tais situações, defendeu-se o princípio do estado de necessidade contra as consequências oriundas de um dano tão grave à mulher. O nosso legislador atendeu unicamente a razões de ordem ética e emocional, evitando-se, dessa maneira, a vergonha e a revolta da mulher violentada, que traria no filho a imagem de uma ofensa e de uma humilhação, testemunha da sua desgraça e da sua desonra.

*c) Se comprovada anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extrauterina, em ambos os casos atestado por dois médicos.*

O Supremo Tribunal Federal aprovou a interrupção de gravidez de fetos anencéfalos – também chamada de antecipação terapêutica do parto – por sua maioria de votos, acompanhando o voto do Min. Marco Aurélio de Mello, relator da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Entre outros, disse: “A incolumidade física do feto anencéfalo, que, se sobreviver ao parto, o será por poucas horas ou dias, não pode ser preservada a qualquer custo, em detrimento dos direitos básicos da mulher (...). Cabe à mulher, e não ao Estado, sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez. (...) Aborto é crime contra a vida. Tutela-se a vida potencial. No caso do anencéfalo, repito, não existe vida possível. O anencéfalo jamais se tornará uma pessoa. Em síntese, não se cuida de vida em potencial, mas de morte segura”.

Antes desta decisão, em sentenças repetidas, alguns alvarás judiciais foram expedidos no sentido de favorecer a prática da interrupção seletiva da gravidez em casos de anencéfalos. Mesmo não suficiente para criarem uma jurisprudência, funcionaram certamente como um precedente quando outros magistrados se pronunciaram em casos semelhantes em que a anomalia fetal fosse totalmente incompatível com a vida extrauterina.

O grande risco da posição do STF em favor desta Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 54) é que não se a utilize como atalho no sentido de inserir entre os casos de anencefalia problemas de desordens genéticas, por exemplo, ampliando-se aquela permissão para o chamado aborto eugênico, que nada tem a ver com a decisão tomada por aquela Suprema Corte para os casos decididamente comprovados de anencefalia.

Aquela decisão torna-se menos criticável quando se sabe que estas crianças, ainda que assegurada toda a assistência, não apresentam condições para sobreviverem por tempo razoável. Mesmo que se reconheça que a anencefalia não figura entre as excludentes do artigo 128 do Código Penal brasileiro,

pois não configura uma possibilidade de alto risco gestacional, há uma plena certeza de uma vida que não vai continuar. Por isso, em casos de anencefalia, não há dilema ético ou legal, existindo assim uma aquiescência quase absoluta pela interrupção da gravidez, em face de argumentos eminentemente técnicos de sobrevivência, e não de qualidade de vida. Por outro lado, não seria justo exigir de uma mãe o sacrifício de uma gravidez que terminará com uma criança sem nenhuma chance de sobreviver.

Quando se trata da questão de “o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extrauterina, em ambos os casos atestado por dois médicos”, além de permitir a introdução de termos como “vida independente”, não fala da necessidade de critérios e comprovação por exames complementares e atestados médicos. Pressente-se a reativação do projeto do aborto eugênico tão defendido pelos tribunais paralelos da eugenia que agem às ocultas no “controle de qualidade dos bebês” e que descartam “fetos de má qualidade” ou “fora de padrão”. Além disso, a questão de a definição das situações de risco ou perigo ser comprovada “por dois médicos especialistas, que permitam legalmente a interrupção da gravidez”, não modifica em nada os fundamentos da permissibilidade da prática abortiva, até porque os pacientes já gozam há muito tempo do direito à segunda consulta, com a vantagem de poderem escolher especialistas de áreas correlatas.

A verdade é que há muito, em outros climas, vêm-se ampliando mais e mais as indicações do aborto para evitar o nascimento de crianças defeituosas, baseadas no papel que a nova medicina deve desempenhar na sociedade, em face dos meios mais avançados da ciência e da tecnologia, e como forma de valorizar o indivíduo e democratizar as disponibilidades médicas. No entanto, é preciso dizer que estes fantásticos meios da biotecnologia hodierna devem ser colocados sempre em favor da vida e do bem-estar do ser humano, no seu direito mais inquestionável – o de nascer e existir, como está solenemente consagrado em todos os documentos em que a inspiração maior é o respeito à dignidade humana, como legítima conquista dos homens e das mulheres do mundo inteiro.

Entendo que o mais grave de tudo nesta discussão é quando se insinua entre outros o “critério de qualidade dos fetos”, possibilitando a interrupção seletiva de uma gravidez pela razão de o feto ou o embrião ter certas limitações físicas ou mentais e, por isso, uma reduzida capacidade de vida autônoma, como se alguém fosse obrigado a vir ao mundo em estado de perfeição.

O argumento que pretende justificar o direito de abortar quando uma mulher apresenta ou supõe apresentar uma má-formação de um filho que vai nascer é o mesmo que poderia garantir a outra gestante, que não pôde ou não teve oportunidade de realizar exames pré-natais, o direito de ser contemplada mais adiante com uma legislação que permitisse praticar impunemente o infanticídio ou a eutanásia neonatal.

O fato de ser o aborto uma prática difundida, mesmo ao arrepio da lei, não justifica, pura e simplesmente, sua legalização, pois as leis têm sempre, além de sua ação punitiva, o caráter educativo e purificador. Seria um risco muito grande excluir da proteção legal o direito à vida de seres humanos frágeis e indefesos, o que contraria os princípios aplaudidos e consagrados nos direitos humanos. A vida é um bem tão intangível que é supérfluo dizer que está protegida pela Constituição Federal, pois como bem mais fundamental ela transcende e excede todos os seus dispositivos. É a partir da vida que emergem todas as necessidades de legislar. E quando excepcionalmente se admite, em caráter mais que desesperado, é sempre em defesa irrefutável da própria vida, como na legítima defesa, no estado de necessidade e no estrito cumprimento do dever legal.

Seria um risco muito grande excluir da proteção legal o direito à vida de seres humanos frágeis e indefesos, o que contraria os princípios aplaudidos e consagrados nos direitos humanos. A vida é um bem tão intangível que é supérfluo dizer que está protegida pela Constituição Federal, pois, como bem mais fundamental, ela transcende e excede todos os seus dispositivos. É a partir da vida que emergem todas as

necessidades de legislar. E, quando excepcionalmente se admite um ato contra ela, em caráter mais que desesperado, é sempre em defesa irrefutável da própria vida, como na legítima defesa, no estado de necessidade e no estrito cumprimento do dever legal.

Ninguém jamais pode negar o desejo de que todas as crianças nasçam saudáveis e perfeitas. Ninguém pode também menosprezar a aflição e as dificuldades dos pais de crianças malformadas. No entanto, isso, por mais pungente que seja, não autoriza ninguém, muito menos os que não vivem tal sofrimento, a retirar desses seres o direito à vida. O ser humano não pode ser julgado, na avaliação de sua existência, pela “plenitude de vida e independência socioeconômica”, nem muito menos pelo fulgor de uma inteligência privilegiada ou pela formosura de seus traços físicos, porque ele não foi proposto para torneios e disputas, mas para realizar o destino de criatura humana.

Se alguém tem pensamento contrário e admite que vai contribuir com um mundo melhor agindo opostamente, está enganado. Vai, no mínimo, incutir o egoísmo, saciar a insensibilidade e promover a discriminação. Não é pelo fato da existência de uma má-formação fetal que o aborto deixaria de constituir uma ofensa à vida e à dignidade humana. De qualquer forma que tenha nascido o ser humano, é homem, é sujeito de direito, tem lugar garantido como personalidade jurídica.

Qualquer que seja o estágio da ciência, qualquer que seja o avanço da biotecnocracia, que tudo quer saber e tudo explicar, não existe argumento capaz de justificar a disposição incondicional sobre a vida de um ser humano, propondo sua destruição com base em justificativas que se sustentem na “relação custo-benefício”, pois essa vida é intangível e inalienável. Só assim estaremos ajudando a nos salvar. Esta é a forma de reencontrarmos o caminho de volta a nós próprios, em espírito e em liberdade.

*d) Se por vontade da gestante até a 12.<sup>a</sup> semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não apresenta condições de arcar com a maternidade.*

Além de muito pretensiosa e vaga tal sugestão, pouco falta para a instituição do chamado “aborto livre”, hoje aceito em outros climas com qualquer justificativa e até sem justificativa alguma. Certamente será o próximo passo.

A expressão “não apresenta condições de arcar com a maternidade” vai além da imaginação pelo seu conceito tão amplo e subjetivo, levando o aborto, em tese, a ser praticado indiretamente em qualquer situação.

Certamente, alguém na esteira do entendimento do anteprojeto aqui analisado vai propor a interrupção de uma gravidez por motivos econômicos ou sociais. Isto seria um triste sinal de insensibilidade e desvalorização da vida, um atestado insofismável de dizer que não se têm condições de resolver os problemas das mulheres desarrimadas – já que se fala tanto das mulheres pobres, com medidas de ordem social capaz de dar-lhes condições de criar seus filhos. Enfim, o que se quer é “democratizar o aborto”.

Pensar também que, ao legalizar o aborto, estaríamos concorrendo para evitar o aborto criminoso é simplesmente uma ilusão. O aborto delituoso tem suas raízes com mais frequência em fenômenos psicológicos e morais. Nos abortários do governo estariam sendo atendidas aquelas cuja gravidez não pesasse sobre sua honra. As outras, de gravidezes indesejadas, prefeririam sempre uma intervenção não controlada e secreta. Não admitiriam expor seus motivos diante de uma comissão ou de uma junta médica. Jamais aceitariam figurar em registros e documentos oficiais. É ilusão pensar que a legalização do aborto acaba com o abortamento criminoso porque é um ato que se procura esconder. Assim, as gravidezes ilegítimas dificilmente recorreriam às soluções legais.

Para diminuir o aborto provocado, entre outras coisas faz-se necessária a criação de uma nova consciência no sentido de abolir o falso preconceito contra a maternidade intangível, aceitando-se sem

restrições a mãe solteira e amparando-se indiscriminadamente esse filho, sem as descrições cruéis ditadas pela sociedade.

O fato de ser o aborto uma prática difundida, mesmo ao arripio da lei, não justifica, pura e simplesmente, sua legalização, pois as leis têm sempre, além de sua ação punitiva, o caráter educativo e purificador. Seria um risco muito grande excluir da proteção legal o direito à vida de seres humanos frágeis e indefesos, o que contraria os princípios aplaudidos e consagrados nos direitos humanos.

Finalmente, chegou o momento de entender que o aborto é um fenômeno coletivo porque tem na sua origem e nas suas consequências um problema social. É um fato político e não pode ser resolvido apenas com a inclusão de um ou outro dispositivo no Código Penal. Para alcançar esse objetivo impõe-se que ele se traduza numa conquista da população que deve lutar pela mudança de suas condições sociais e econômicas.

## 14.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALÓN, E. C. Tres temas penales. Barcelona: Bosch, 1955.
- CAPARELLI, N. O aborto criminoso: aspectos médico-legais. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1957.
- CHAVES, B. I. L. A tutela jurídica do nascituro. São Paulo: LTr, 2000.
- COUTINHO, L. M. Código de Ética comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
- DE BARCHIFONTAINE, C. P. Em defesa da vida humana. 15. ed. São Paulo: Loyola, 1999.
- DWORKIN, R. Domínio da vida. Aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- FERNANDES, P. S. L. Aborto e infanticídio. São Paulo: Sugestões Literárias, 1972.
- FONSECA, N. M.; SCOTTI, A. L. Aborto criminoso. Revista do IML, Rio de Janeiro, ano II, v. I, n. 2, 1970.
- FRANÇA, G. V. Algumas considerações sobre o aborto provocado. Femina, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1974.
- \_\_\_\_\_. A propósito do aborto livre. JAMB, São Paulo, ano XVIII, n. 793, 1976.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (III). João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (IV). João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (V). Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. Flagrantes médico-legais (X). Recife: Edupe, 2010.
- \_\_\_\_\_. Fundamentos de medicina legal. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- \_\_\_\_\_. O aborto por motivo de honra. Revista Brasileira de Medicina, Rio de Janeiro, v. 32, jul. 1975.
- \_\_\_\_\_. O ginecologista e a adolescente. O Médico Moderno, São Paulo, abr. 1975.
- \_\_\_\_\_. Pareceres (IV). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- \_\_\_\_\_. Sobre o aborto terapêutico. JAMB, São Paulo, ano XVI, n. 734, 1974.
- GALVÃO, L. C. C. Medicina legal. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2012.
- GALVÃO, P. Ética do aborto: perspectivas e argumentos. Lisboa: Dinalivro, 2005.
- GANDRA, M. I. A questão do aborto: aspectos jurídicos fundamentais. São Paulo: Quartier Latin, 2008.
- GOLLOP, T. R. L. Aborto por anomalia fetal. São Paulo: Unitermos, 1999.
- HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. 4. ed. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1958. v. V.
- JESUS, D. E. Direito penal. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MALHERBE, J. Médecin et Droit Moderne. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1968.
- MATIELO, F. Z. Aborto e o direito penal. 3. ed. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1996.
- MILANESI, M. L. O aborto provocado. São Paulo: Pioneira, 1968.
- MIRABETE, J. F. Código Penal interpretado. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- NORONHA, E. M. Direito penal. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 1995. v. 2.
- PENASCO, W. L. A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- REVEU, M. S. El delito de aborto. Santiago: Editorial Jurídico de Chile, 1967.
- ROSPIGLIOSI, E. V. Derecho médico peruano. Lima: Fondo Editorial Universidad de Lima, 2001.
- ROVIRA, G.B. Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos. Montevideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SALLES, L. G. Rubéola e gravidez: enfoque atual. Clínica Geral, Rio de Janeiro, ano LVIII, n. 7 e 8, 1973.
- TAVARES, M. Aborto e contracepção em Portugal. Lisboa: Livros Horizonte, 2007.
- VILADRICH, P. J. Aborto e sociedade permissiva. Lisboa: Rei dos Livros, 1987.

## ESTERILIZAÇÃO HUMANA

**Sumário:** 15.1. Introdução. 15.2. Esterilização por indicação social. 15.3. Esterilização por indicação médica. 15.4. Esterilização dos anormais. 15.5. Aspectos legais. 15.6. Referências bibliográficas.

### Constituição Federal

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...).

§ 7.º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é da livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

### Código Penal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena – detenção, de três meses a um ano (...)

§ 2.º Se resulta: (...)

III – perda ou inutilização de membro, sentido ou função; (...)

Pena – reclusão, de dois a oito anos.

Art. 132. Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:

Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

### Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1.º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2.º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3.º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1.º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4.º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5.º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6.º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 14. (...)

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis.

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no artigo 10 desta Lei:

Pena – reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único. A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I – durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do artigo 10 desta Lei.

II – com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III – através de histerectomia e ooforectomia;

IV – em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V – através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

### **Código de Ética Médica**

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelarà para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

*É vedado ao médico:*

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

## 15.1. INTRODUÇÃO

A esterilização, masculina e feminina, começa a angariar simpatizantes no mundo inteiro, como medida ideal no controle da natalidade. No homem, consiste ela na vasectomia de Sharp, embora se esteja estudando atualmente a possibilidade de oclusão transitória do conduto, como, por exemplo, a colocação de grampos na sua circunferência exterior, ou com tampões intraluminais de metal, plástico ou náilon. Focalizaremos, no entanto, neste capítulo, com mais ênfase, a esterilização feminina, dada sua efetivação mais comum entre nós.

Tão grande tem sido a preocupação dos antinatalistas nesse aspecto da esterilização, que a laqueadura de trompas, as injeções cáusticas intrauterinas e a cauterização dos orifícios tubários são hoje operações ultrapassadas, passando-se agora à técnica da laparoscopia, usando-se iluminação apropriada, lentes de aumento e dissensão controlada do abdome com CO<sub>2</sub>, obtendo-se assim boa e satisfatória visão dos órgãos pélvicos. E com os instrumentos necessários pode-se perfeitamente cauterizar, ligar ou seccionar, segundo a experiência e a habilidade do operador.

Outros preferem a endoscopia vaginal, que não depende de anestesia geral e se constitui numa técnica mais fácil. Todavia, o que preocupa os defensores desse método é o fato de tratar-se de uma tarefa deveras impraticável, principalmente quando se quer esterilizar em larga escala, nos países mais

pobres.

Na Índia, além das muitas técnicas usadas, foram realizadas salpingectomias através do fundo de saco, com anestesia raquidiana.

As laparotomias com a finalidade de efetuar a ligadura de trompas estão se tornando, na realidade, um método obsoleto, tendo em vista o seu custo, o tempo de execução, a permanência das pacientes nos hospitais e as complicações que acarretam. Entre nós, porém, continuam sendo ainda a forma mais utilizada.

Mesmo assim, hoje admite-se que cerca de 25 milhões de mulheres brasileiras em idade fértil estão esterilizadas. Uma por opção, outras por manipulação nas campanhas político-eleitorais e aquelas que foram objeto dos programas de determinadas entidades internacionais. O mais grave é que o próprio Ministro da Saúde admite a existência de mais ou menos 15 entidades internacionais, chegando a citar, entre outras, a LPPF, as quais mantêm convênios com entidades nacionais tipo Benfam, Provida, Clam, Pró-Família, Sameac, Cpaim, Ibase, Propater, UPFSP, ABEPF e CEPAINC (n.º 1.115, de 06.02.91).

## **15.2. ESTERILIZAÇÃO POR INDICAÇÃO SOCIAL**

A verdade é que, algumas vezes, se vê o médico pressionado pela paciente, ora apresentando como justificativa a sua condição social, ora, simplesmente, a sua comodidade.

As múltiparas têm sido, quase sempre, as que mais solicitam esse tipo de operação. E é, até certo ponto, difícil qualquer argumentação para uma mulher que tem oito ou dez filhos, no sentido de desaconselhá-la da esterilização.

Por outro lado, não vai tardar o tempo em que se fará a esterilização sob pretexto de franca liberalidade sexual e, conseqüentemente, como prevenção à gravidez, invertendo-se, assim, o exemplo dignificante de uma mulher que concebeu sem pecado, para dar lugar àquela que procura pecar sem conceber.

Acreditamos que a esterilização médica deve ser precedida de cuidadosos critérios e somente deve ser indicada na impossibilidade clínica de não poder a mulher ter mais filhos. Cada dia que passa menos frequentes são essas indicações. Não se discute, por exemplo, uma esterilização diante de uma cardiopatia grave ou de certas morbidades previstas de sérias alterações, motivos esses que podem levar o obstetra a decidir-se pela laqueadura das trompas.

Desse modo, entendemos faltar apenas que se estabeleçam criteriosamente normas de identificação dos riscos reprodutivos e obstétricos, permanentes ou transitórios, por patologias ou por risco estatístico, que qualifiquem a licitude da esterilização feminina, que é a mais comum.

Assim, mesmo com o consentimento tácito ou expresso da paciente, não há como encontrar justificativas para uma esterilização por motivos econômicos ou sociais, pois não existe nenhum respaldo de razão científica que autorize o médico praticar uma intervenção de caráter tão radical.

Em suma, a esterilização deve ter caráter terapêutico.

## **15.3. ESTERILIZAÇÃO POR INDICAÇÃO MÉDICA**

Se a esterilização estiver incluída num conjunto de atos de uma política de saúde em favor das condições orgânicas da mulher, não há o que censurar, pois tal prática passa a ser considerada como uma conduta lícita e necessária, justificada pelos mais diversos fatores de risco gestacional.

Infelizmente, tem faltado entre nós a preocupação de retomar-se uma antiga discussão em torno das normas para a identificação e o controle dos riscos reprodutivos, obstétricos e estatísticos, inseridos num Programa Materno-Infantil que tivesse como promotor e responsável o próprio Ministério da Saúde.

Assim, poderiam ser listados como fatores de risco gestacional permanentes patologias como a hipertensão crônica grave, a doença renal severa, as cardiopatias e neuropatias graves e não reversíveis. Ou de risco estatístico, a ser definido, como, por exemplo, a idade acima de 40 anos, multiparidade acima de cinco filhos ou a história de mais de três cesáreas.

Os fatores de risco gestacional transitórios com potencialidade de reversão, como hanseníase, tuberculose, endocrinopatias controláveis, doenças renais agudas, ou os de risco estatístico como idade inferior a 15 anos, aborto e parto prematuro e mortes pré-natais repetidas, teriam condutas diferentes, como o tratamento específico de cada morbidade e a prevenção de próximas gestações.

É claro que tudo isso só pode ocorrer com o consentimento esclarecido da paciente e do seu companheiro, principalmente quando o casal não tem filhos e quando ficar bem evidente que o fator de risco é permanente, que o tratamento da doença é precário e que a prevenção da gravidez não se pode fazer por outro meio. Se o fator de risco é transitório, não há outro caminho senão o médico orientar a paciente no sentido do tratamento da doença e de orientar para que ela não engravide enquanto perdurarem aqueles fatores.

Em suma, não existe entre nós um parâmetro técnico para que os médicos procedam de acordo com critérios seguros a uma esterilização feminina, ficando por isso a dever as sociedades dessa especialidade e o próprio Conselho Federal de Medicina, no que diz respeito às normas que possam reger os procedimentos de esterilização permitida pelo casal diante de comprovado risco reprodutivo e sem que o profissional venha responder por infração às normas éticas.

Há apenas a Lei n.º 9.263/1996, discutida mais adiante em “Aspectos Legais”, que mostra, pelos equívocos e omissões, que não houve assessoria técnica.

#### **15.4. ESTERILIZAÇÃO DOS ANORMAIS**

Alguns defendem o princípio de que se o indivíduo é um possível mau reprodutor, por taras ancestrais, ou se é comprovadamente um degenerado, nada mais justo e humano do que se lhe permitirem as vantagens do casamento. Para eles, sem os inconvenientes que possa trazer para si ou para o estado em decorrência da paternidade, pois além do perigo de produzir outros tipos semelhantes o desajustado é sempre um péssimo pai, incapaz de conduzir-se como modelo e orientar os filhos na vida.

Hughes chegou a afirmar que em algumas circunstâncias a propagação da vida humana constitui crime tão grave como suprimir a vida que já existia.

As primeiras leis inspiradas nesses argumentos foram promulgadas no Estado de Indiana, nos EUA, em 1934, e, a partir de então, outros países como o Canadá, a Suíça, a Dinamarca, a Suécia e a Finlândia também as adotaram.

No entanto, foi a Alemanha nazista, em 1937, que mais se entusiasmou com a política eugenista, começando pela esterilização dos anormais. E, achando que essa medida seria de pouco alcance, passou a esterilizar prisioneiros políticos e de guerra, pessoas de outras raças, e não se sabe até onde iria essa “limpeza” a fim de obter uma “raça pura”. Bem se podem ver as sérias e graves contraindicações de uma política dessa natureza, tendo em vista o seu aspecto monstruoso e desumano.

Já dissemos, no capítulo referente ao aborto eugênico, que não se pode negar o direito de uma criança nascer perfeita e saudável. Todavia, isso não nos outorga o direito de retirar, de seres deficientes

ou com possibilidade de o serem, o direito à vida.

A vida de um ser desajustado ou deficiente necessita, mais do que as outras, de proteção e amparo, e jamais de medidas eminentemente agressivas e radicais. Ninguém pode ser considerado irrecuperável ou tão desprezível que não mereça viver. O direito à sobrevivência é uma prerrogativa de todo ser humano, e a ciência médica deve colocar todos os meios e recursos em seu favor, e nunca contra ele. A inviolabilidade da vida humana não é apenas uma convenção, mas o fundamento do próprio direito.

Somos obrigados a confessar que são modestos e extremamente demorados os resultados eugênicos que se possam obter com a esterilização dos anormais. Ainda mais, sendo a Medicina uma ciência conjectural por excelência, e não tendo a exatidão fria e irrefutável da Matemática, prende-se aos resultados das probabilidades. Mesmo no dia em que ela for tão precisa quanto as ciências exatas, ainda assim extremamente discutíveis serão determinadas atitudes.

A verdade é que vemos muitos pais normais passarem pelo dissabor de trazer nos braços um filho deformado, e muitos outros considerados anormais, com filhos completamente sadios. Não queremos com isso negar os fundamentos da hereditariedade – embora se encontre ela iniciando seus passos numa fase científica –, mas, tão somente, voltar nossa consciência para um fato que não pode, em tempo algum, ser resolvido pela mão do homem, pois não há ciência alguma que possa, incondicionalmente, dispor da vida de alguém, baseando-se simplesmente em convicções de ordem pessoal ou por sugestão aventurosa de uma doutrina. O que se deve fazer é sanear moralmente as sociedades, e assim evitar o aparecimento dos alcoólatras, das prostitutas, dos delinquentes e dos desajustados. O homem não pode ser tratado simplesmente como um animal, cuidando-se fundamentalmente de uma seleção apenas com fins procriativos. Seria uma monstruosidade sacrificar indivíduos em proveito de outros.

Sobre o assunto, assim se expressa Néelson Hungria: “O hiperestatismo da época atual esmaga e abstrai o indivíduo, já não apenas em nome de uma premente exigência de salvação pública, mas até mesmo aconselhado de levianas doutrinas, mascaradas de ciência, construídas sobre hipóteses e conjecturas para o enalço de quimeras e utopias. Basta dizer que essa erudita charlatanice (...) já foi posta ao serviço da política nacional-socialista de Além-Reno, ferozmente sectária, que, sob pretexto de resguardar a pureza do genótipo de uma raça, não vacila em apadrinhar o que há de mais duvidoso e controvertido neste vasto material de dúvidas e controvérsias, que são os estudos sobre a hereditariedade das doenças mentais e psicopatias” (*Comentários ao Código Penal*, Rio de Janeiro: Forense, 1958, v. V, p. 388).

Assim sendo, práticas como a esterilização dos chamados “anormais”, apenas pelo fato da sua deficiência mental, não somente pervertem e distorcem o exercício da medicina como ferem os mais elementares princípios constitucionais e afrontam de forma vil a dignidade humana.

## 15.5. ASPECTOS LEGAIS

Com a edição da Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7.º do artigo 226 da Constituição Federal, tratando do planejamento familiar, permite-se a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

Diz ainda a citada lei que as indicações da esterilização devem beneficiar as mulheres com risco de

vida ou da saúde, ou do futuro conceito, confirmado por relatório escrito e assinado por dois médicos.

Tudo isso deve ser precedido de expresso registro da vontade do beneficiado em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, seus efeitos colaterais, as dificuldades de reversão e a opção de outros meios contraceptivos disponíveis.

Fica proibida a esterilização em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, em cesarianas sucessivas anteriores. Não se considerará legítima a autorização decorrente de indivíduos portadores de transtornos mentais, cuja incapacidade mental seja transitória ou definitiva, inclusive aqueles estados motivados pelo uso de álcool e drogas.

Está bem claro na lei que somente se adotará a esterilização através da laqueadura tubária e da vasectomia, ficando terminantemente proibidas a histerectomia e a ooforectomia como métodos contraceptivos.

Na vigência da sociedade conjugal, a esterilização dependerá do consentimento expresso de ambos os cônjuges. As pessoas absolutamente incapazes dependerão de autorização judicial, a ser regulamentada na forma da lei. Fica também estabelecido que toda esterilização será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

O parágrafo único do artigo 14 da pré-falada lei estabelece que só estarão autorizadas a praticarem esterilização humana as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis.

Por fim, fica estatuído que, fora do determinado na Lei, seus autores serão punidos com crime de reclusão, de dois a oito anos, podendo a pena ser aumentada se a esterilização for praticada: durante os períodos de parto ou aborto, salvo as situações acima previstas; com manifestação da vontade de pessoas com alterações na capacidade de discernimento; através de histerectomia ou ooforectomia; em pessoa absolutamente incapaz; sem autorização judicial; através de cesariana com fim exclusivo de esterilização.

## **15.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- BRUNO, A. Direito penal. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.
- CARVALHO, H.V. São Paulo: Editora Resenha Universitária, 1975.
- CASABONA, C. M. R. El médico ante el derecho. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- COUTINHO, L. M. Código de Ética Médica comentado. São Paulo: Saraiva, 1989.
- FRANÇA, G. V. Esterilização humana. Revista Paraibana de Ginecologia e Obstetrícia, nº 10, Rio de Janeiro, set.-out. 1975.
- \_\_\_\_\_. Comentários ao Código de Ética Médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Medicina legal. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- HUNGRIA, N. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1962.
- MALHERBE, J. Droit Medical. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1968.
- OLIVEIRA, F. Bioética: uma face da cidadania. Petrópolis: Vozes, 2004.
- PESSINI, L.; BRACHIFONTAINE, C. P. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola, 2000.

## MEDIDAS ANTINATALISTAS

**Sumário:** 16.1. Introdução. 16.2. O autocontrole das espécies. 16.3. A realidade brasileira. 16.4. Por trás do “planejamento familiar”. 16.5. A intervenção estrangeira. 16.6. A farsa de Malthus. 16.7. A astúcia imperialista. 16.8. Estrutura demográfica – um assunto político. 16.9. Meios antinatalistas abortivos. 16.10. Aspectos jurídicos. 16.11. Aspectos éticos. 16.12. Estimativas demográficas do Brasil. 16.13. Contracepção de urgência. 16.14. Conclusão. 16.15. Referências bibliográficas.

### Constituição Federal

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...)

§ 7.º Fundada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

### Código Penal

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena – detenção, de um a três anos.

Art. 125. Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de três a dez anos.

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

I – Se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II – Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena – detenção, de três meses a um ano. (...)

§ 2.º Se resulta: (...)

III – Perda ou inutilização de membro, sentido ou função: Pena – reclusão, de dois a oito anos.

Art. 132. Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente: Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato

não constitui crime mais grave.

## **Lei n.º 2.889, de 1.º de outubro de 1956**

Art. 1.º Quem, com intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal:

(...); b) causar lesão grave à integridade física ou mental de membros do grupo, (...);

d) adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo: Será punido: Com as penas do art. 129, parágrafo 2.º, no caso da letra *b*; com as penas do art. 125, no caso da letra *d*.

Art. 2.º Associarem-se mais de três pessoas para prática dos crimes mencionados no artigo anterior:

Pena – metade da cominada aos crimes ali previstos.

Art. 3.º Incitar direta e publicamente alguém a cometer qualquer dos crimes de que trata o art. 1.º:

Pena – metade das penas ali cominadas.

§ 1.º A pena pelo crime de incitação será a mesma de crime incitado, se este se consumar.

§ 2.º A pena será aumentada de um terço, quando a incitação for cometida pela imprensa.

Art. 4.º A pena será agravada de um terço, nos casos dos arts. 1.º e 3.º, quando cometido o crime por governante ou funcionário público (...).

## **Código de Ética Médica**

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

### *É direito do médico:*

I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

*É vedado ao médico:*

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

## 16.1. INTRODUÇÃO

O problema da “explosão demográfica” tem sido um dos temas mais explorados ultimamente, quando uma corrente pessimista começa a anunciar, de maneira catastrófica, através de todos os meios possíveis e imagináveis de publicidade, um índice alarmante do crescimento populacional, o que colocaria em risco a sobrevivência do homem sobre a Terra. Proclama-se que um país, para sair do seu subdesenvolvimento, necessita, antes de tudo, limitar sua natalidade. A História, no entanto, nos dá o exemplo de que, para sobreviverem como nação, e se desenvolverem economicamente, algumas civilizações sempre tiveram de aumentar sua população.

Os conceitos de Malthus, pastor protestante e professor de História e Economia Política, em fins do século XVIII, aplicados aos seus estudos em colônias americanas no Canadá, de maneira derrotista e dramática, já não têm sentido nos tempos atuais. Vivemos uma nova era, e a fome existente é, sem sombra

de dúvida, produto do próprio homem, que deserdou e esqueceu o mundo subdesenvolvido. Todavia, o velho e desmentido argumento malthusiano vem sendo reeditado, com roupagem nova, pelos antinatalistas atuais, através de uma gigantesca máquina publicitária que, em última análise, traduz interesses alienígenas de natureza política, econômica ou financeira.

“O principal erro de Malthus foi considerar o crescimento das populações como uma variável dependente (...). A História desmentiu por completo sua fórmula rígida e simplista. A natalidade diminuiu em vários países, e juntamente com o perigo da superpopulação surgiu o da subpopulação” (Josué de Castro, *O livro negro da fome*, 2. ed., Buenos Aires: Universitaria, 1965).

Muitas vezes a sistemática preocupação em controlar a natalidade de determinados povos nada mais representa senão uma forma de desviar a atenção de outros problemas socioeconômicos mais graves.

Outro erro de Malthus foi no tocante aos recursos da subsistência, que não aumentavam na mesma proporção da população. Na verdade, o que se verifica é que a produção é sempre compatível com as necessidades de consumo. “Entre 1895 e 1912 a população mundial cresceu 12,5%, e na mesma época a quantidade de trigo produzido aumentou em 45%, de milho em 43%, de aveia em 52%, de arroz em 40% etc.” (Raoul de Guchteneese, *La Limitación de la Natalidad – Birth Control*, Editorial Razon y Fe, S. S., Madrid, 1942).

Um dos mais graves problemas da contenção da natalidade de forma desenfreada é alterar o equilíbrio da população, no que diz respeito às mais diversas camadas de sua composição. Reduz-se o volume da faixa jovem e ativa, aumentando por sua vez o percentual dos grupos velhos; é, por exemplo, o que se observa atualmente na Suécia. Atente-se para a gravidade de tal fato, levando-se em conta um país em desenvolvimento.

O que se observa, na realidade, é que nas entrelinhas dos conceitos e das ideias antinatalistas existem gigantescos interesses de ordem político-econômica, e até mesmo comercial, tudo isso feito através de uma poderosa máquina propagandística que invadiu e dominou o Terceiro Mundo.

O homem é o maior fator de desenvolvimento. A superpopulação não é causa de subdesenvolvimento, mas unicamente um efeito. Querer tratar apenas dos efeitos sem ir de encontro às causas é tentar em vão. Limitar o número de filhos de um casal e deixá-lo continuar permanentemente pobre é, na verdade, um verdadeiro contrassenso.

O que se denominou “explosão demográfica” – expressão alarmista e apelativa – tem sua regulamentação através de um sistema que automaticamente vai limitando a natalidade com o próprio crescimento da população, sem ser necessário se recorrer aos meios anticoncepcionais radicais e abortivos. Para ser mais claro, o próprio desenvolvimento faz com que as populações se conscientizem para a limitação do número de filhos. Assim, as Ciências Biológicas, a Economia, a Sociologia e a própria História mostram existir uma lei que ordena as populações em seu crescimento, por um sistema de autocontrole. A cultura, a civilização, o efeito da alimentação e a própria ação da densidade populacional são elementos frenadores do aumento do índice de natalidade. A fome, a miséria e o subdesenvolvimento não podem ser combatidos simplesmente com o rigor da massificação antinatalista, mas através de uma substituição racional dos processos materiais, culturais e morais. A verdadeira solução, pois, somente poderá ser encontrada no desenvolvimento econômico e social, o qual tem, como princípio básico, o respeito ao homem com a conseqüente promoção da sua dignidade.

Richard Levine, cientista norte-americano, declarou no México, em julho de 1973, na Reunião Continental sobre a Ciência e o Homem: “As mulheres latino-americanas são cobaias de um imenso laboratório de experiências no campo da tecnologia do controle da natalidade”. E sobre o programa da “Planificação da Família”, enfatizou: “Esses programas cumprem várias funções: por um lado, implicam,

de forma permanente, que os latino-americanos se reproduzem; por outro, permitem que os cientistas e médicos obtenham fama e glória ao apresentarem os resultados de suas pesquisas em congressos internacionais” (Dep. João Alves de Almeida, *A verdade sobre a explosão demográfica*, discurso proferido na Câmara dos Deputados, na sessão de 09.10.1973).

O Prof. Jorge Ivan Rübner Gallo teve seu livro *El Mito de la Explosión Demográfica* comentado pelo *L'Osservatore Romano*, edição de 12-13 de agosto de 1968, onde se lê em certo trecho: “A ação maciça e irresponsável da pílula e de outros métodos anticoncepcionais modernos, facilmente financiados e difundidos com os formidáveis meios atuais de publicidade, é de tal forma eficaz que poderá realmente impedir, no espaço de uma geração, o surgimento de novas vidas humanas em qualquer região do mundo, em maiores proporções do que a destruição de seres humanos efetuada pela mais poderosa arma nuclear”.

“Somente em 1972 entraram em nosso país mais de 15 bilhões de pílulas anticoncepcionais e mais de 2 milhões de DIUs. É desolador assistirmos ao procedimento de certos agentes desses produtos – mercadejando a fé, trapaceando as ideias, corrompendo a virtude e transacionando com a honra e a vida dos brasileiros” (Dep. João Alves de Almeida, *Controle da natalidade e disseminação dos entorpecentes no Brasil*, discurso proferido na Câmara dos Deputados em sessão de 17.10.1973).

A taxa de crescimento de uma população é a resultante da diferença entre o índice de natalidade e o de mortalidade. É claro que com o progresso das ciências biológicas e da tecnologia, e ainda com o desenvolvimento econômico das sociedades, essa taxa de crescimento tende a aumentar, até chegar àquela situação de autocontrole. Partindo-se do conceito de que a vida humana no futuro está ameaçada pelo crescimento demográfico, os defensores da antinatalidade passarão, em nome do “bom senso” e do “espírito de generosidade e amor ao próximo”, à eliminação dos doentes incuráveis e dos inválidos, dos velhos que não mais podem produzir, dos cegos, dos delinquentes e dos doentes mentais.

## 16.2. O AUTOCONTROLE DAS ESPÉCIES

Talvez o erro básico dos que aceitam a catastrófica ideia malthusiana seja o de que a população continuará sempre crescendo de forma ilimitada e contínua, regida implacavelmente por índices mais ou menos invariáveis. De acordo com a visão alarmante da progressão teórica, o mundo em 1973 teria 125 bilhões de habitantes, e, conforme se sabe, a população atual mal passa dos quatro bilhões. Não existem leis demográficas inflexíveis sistematicamente aplicadas à espécie humana. Cada período histórico tem sua própria lei demográfica.

Teoricamente qualquer espécie tem capacidade de multiplicar-se de forma ilimitada. Essa possibilidade é mais virtual entre os micro-organismos e insetos. Assim, por exemplo, se um casal de moscas pudesse reproduzir-se sem nenhum empecilho, poderia gerar a cifra astronômica de  $3.368 \times 1.052$  descendentes em apenas um ano. O mesmo se diga dos coelhos, pela sua espetacular fertilidade; caso se multiplicassem sem obstáculos, em pouco tempo ocupariam imensas regiões da Terra. Nem para as moscas nem para os coelhos criaram-se leis de controle da natalidade e o que se vê na prática é que essas espécies estão naturalmente controladas, sem a necessidade dos programas de controle e sem os processos anticoncepcionais, mantendo-se, portanto, num autoequilíbrio. Desse modo, sendo o homem racional, de gerações esparsas e de prole limitada, é muito mais fácil autocontrolar-se.

Raymond Pearl em seus livros *Studies in Human Biology* e *The Biology of Population Growth* prova que o crescimento demográfico não pode ser indefinido, pois ele é regulado pelas circunstâncias do meio e, principalmente, pela densidade de indivíduos por unidade de espaço habitável. E ainda que

existe uma lei biológica geral que regulamenta o crescimento das populações e que estas só podem aumentar até chegar a um nível *máximo* ou *adequado* de equilíbrio com o meio circundante. Quando alcançam esse ponto de saturação, o volume do grupo respectivo, depois de algumas oscilações, tende a permanecer mais ou menos invariável (Hübner Gallo, *op. cit.*).

Outro fato significativo é o de que o grau de fertilidade varia em razão inversa dos meios disponíveis e da ociosidade. Assim é que os animais que dispõem de uma alimentação excessiva e não fazem exercícios têm sua reprodução prejudicada. Darwin chamava a atenção para o fato de mais de um terço dos puros-sangues serem estéreis. Tudo faz crer que existe uma lei geral que regula o aumento e a diminuição da vida, e sempre que determinada espécie está ameaçada de extinção surge um mecanismo natural corretor, aumentando a fecundidade e a fertilidade, no sentido de manter sua preservação. E isso se verifica principalmente diante da subnutrição ou da desnutrição. Por outro lado, a superpopulação e a supernutrição interferem negativamente na fertilidade.

Ninguém pode negar que a densidade populacional seja um fator capaz de estimular negativamente o crescimento demográfico. Toda área de baixa concentração populacional contribui para o aumento da população, e, inversamente, setores de alta densidade demográfica sofrem pressão interna que impede o desenvolvimento da população. A alta densidade populacional cria tensões psicológicas que interferem negativamente no processo da reprodução.

Não se pode omitir o fato de a população estabilizar-se rapidamente no limite razoável ante os níveis permitidos pelas condições ecológicas, culturais, materiais e técnicas do momento, criando uma base de desenvolvimento demográfico até chegar a um estado de equilíbrio.

Os fatores naturais mais comumente apontados como influenciadores no controle das populações são:

a) *O papel da alimentação.* A carência alimentar, tanto nos homens como nos animais, vem chamando a atenção do estudioso do problema, como um fomentador da fertilidade; por outro lado, o excesso de alimentos leva a resultados contrários, inclusive até à esterilidade. Está provado que o índice de fertilidade humana é inversamente proporcional ao consumo de proteínas.

Enquanto na América Latina o consumo médio de carne não chega a 30 quilos *per capita* por ano, na Argentina esta cifra alcança 136 quilos por habitante. Entre outros fatores, talvez seja este um dos que impedem que a população daquele país alcance um índice populacional desejado. Em 1880, Julio Roca afirmava: “Felizes aqueles que poderão contemplar a República Argentina dentro de 50 anos com 50 milhões de habitantes”. No início do século todos acreditavam que aquela nação irmã no ano 2000 seria uma potência mundial com 100 milhões de habitantes. No entanto, em 1950 sua população era de 17 milhões e para o fim do século deve se contentar apenas com pouco mais de 30 milhões.

Finalmente, é sempre bom que se repita: a superpopulação não é a causa da fome. Ao contrário, a fome é a responsável pela hiperpopulação. Se quiserem acabar com a superpopulação, acabem simplesmente com a fome.

b) *A influência da densidade.* Está mais que provado o fato de a densidade populacional regular a fertilidade. No momento em que essa densidade alcança um grau de saturação, o crescimento demográfico estaciona e se equilibra.

No entanto, é importante que se faça uma distinção entre *densidade aritmética* e *densidade fisiológica*. A primeira é a relação do número de habitantes por unidade de superfície. A segunda estaria relacionada apenas à população com a superfície de território economicamente aproveitável. A densidade fisiológica tem mais relevo sobre a fertilidade humana.

c) *O retardamento dos matrimônios.* Este fator está intimamente ligado com a densidade populacional, com a civilização e com a cultura. Nos centros mais incultos e menos densos, onde os

meios de opção do homem são mais escassos, os casamentos se mostram mais precoces. O retardamento na idade do casamento constitui, sem dúvida, um dos elementos mais importantes no autocontrole natural das populações.

d) *Os efeitos da cultura e da civilização.* A observação tem demonstrado que o avanço da cultura e da civilização vem funcionando como um elemento frenador da população. A ética sexual, a organização do casamento e da família, a conscientização do homem atual constituem-se, sem sombra de dúvida, em marcos controladores da fertilidade.

e) *O aumento da esterilidade natural.* Pouco a pouco vem se verificando que, enquanto as comunidades primitivas eram muito prolíferas, os grupos atuais mostram fertilidade cada vez menor, a ponto de preocupar. Westoff, em *A fecundidade da população norte-americana*, calcula que um terço dos casais daquele país tem impedimentos fisiológicos para a reprodução, que vão desde a esterilidade absoluta até a dificuldade de conceber normalmente.

f) *Ação de fatores psicossomáticos.* Não se pode afastar a relação dos fenômenos psicológicos com a fertilidade. Chega-se à conclusão de que tão grande vem sendo a tensão emocional do homem de hoje, com suas angústias e seus estresses, que se poderia chegar a um momento em que a procriação estivesse temporariamente prejudicada. Todos sabem que é comum entre os casais aparentemente estéreis o processo de procurarem lugares amenos para férias prolongadas, ou naqueles que, considerando-se estéreis, quando adotam um filho, mais tarde, pelo relaxamento da tensão e da obstinação, passam a ter seus próprios filhos. Quem é que desconhece o fato de a tensão permanente poder impedir a libertação do óvulo maduro?

### **16.3. A REALIDADE BRASILEIRA**

O Brasil, contando com cerca de 190 milhões de habitantes, e com uma área de aproximadamente 9 milhões de quilômetros quadrados, apresenta a baixa cifra de 16,4 habitantes por km<sup>2</sup>, exígua sob o ponto de vista econômico e que põe em risco a própria defesa de sua soberania. Muitos acreditam que seremos uma grande potência quando alcançarmos os 200 milhões de habitantes. Quando éramos apenas 50 milhões, vivíamos na faixa dos subdesenvolvidos. Aos 100 milhões, entre os países em desenvolvimento. E com os 200 milhões, estaremos na categoria das grandes potências. Assim foram os Estados Unidos. Ao contrário, deixaram de o ser aqueles que começaram a destruir seu maior potencial, que é o homem. Por isso, ao invés de usarmos medidas de restrição, já é tempo de iniciarmos uma política de conquista do nosso espaço físico através do incentivo à natalidade.

O Brasil amazônico – o maior vazio demográfico do mundo –, com duas terças partes do território nacional inexploradas, com reservas minerais incalculáveis, com 1/5 da água doce do mundo, sem áreas vulcânicas, desérticas ou polares, é, talvez, uma das regiões mais desabitadas do globo, pois apresenta uma densidade populacional inferior a 1 habitante por quilômetro quadrado. Logicamente, aplicarem-se medidas anticoncepcionais no Amazonas, Mato Grosso ou Goiás não é apenas um contrassenso ou um absurdo, mas, sobretudo, um crime. Esterilizar-se ao longo da Belém-Brasília, conforme denunciou o deputado Sidney Ferreira, quando Presidente da Assembleia Legislativa de Goiás (*Jornal Última Hora*, Rio de Janeiro, edição de 03.08.1967), é um fato tão grave, que chegamos quase a duvidar dele, tal a sua monstruosidade.

Não se podem aceitar, pura e simplesmente, medidas antinatalistas em massa, sem qualquer caráter discriminatório e sem determinar-se *onde, quando e como* tais medidas devam ser aplicadas. É certo que estamos entre aqueles que mais crescem no tocante à natalidade, mas somos também um dos que podem

se desenvolver economicamente. Temos um país de fraca densidade populacional, com um território ainda não suficientemente explorado nem exaurido, detentor de um fabuloso e virgem potencial, impossível de ser avaliado.

Enquanto a Holanda apresenta uma densidade demográfica de 365, a Bélgica de 310, a Itália de 171, a Suíça de 144, a Turquia de 105, a Bulgária de 74,1, a nossa é de apenas 17. E nossa situação é outra: temos um território rico e imenso, grandemente inexplorado, com 60% da população nas zonas urbanas, necessitando de braços humanos que acelerem o seu ritmo de desenvolvimento a fim de alcançar o lugar que lhe é destinado, e que certamente conquistaremos sem restringir a nossa população.

Muitos não perderam sua soberania e se projetaram como nação justamente pelo elevado número de seus habitantes, podendo, assim, impor seus direitos ante as grandes nações.

Mesmo assim, certas instituições vivem anunciando uma iminente catástrofe, a qual levará o país a uma grave situação de miséria, em virtude da falta de recursos alimentícios e do aumento galopante de sua população. Enquanto isso, assistimos diariamente à imigração de famílias estrangeiras para o nosso território, o que na verdade não se constitui em fato lesivo, mas que vem reforçar o nosso ponto de vista quanto à ocupação dos espaços vazios nessa imensa área territorial brasileira. Essas instituições que vivem criando fantasmas para amedrontar o povo assumem uma tremenda responsabilidade, quando empregam técnicas, meios e dinheiro, ajudando interesses nem sempre confessáveis, cujos resultados danosos assumem proporções incalculáveis.

O governo brasileiro tem se manifestado rigorosamente contrário à política antinatalista, e sua palavra não foi modificada desde 1969, quando, na ONU, o chanceler Magalhães Pinto pronunciou-se sobre o problema demográfico, nos seguintes termos:

“Quando a espécie humana já está ameaçada pelas armas de destruição em massa, ainda se pretende extingui-la através da propaganda da guerra química da pílula contra a concepção.

Quanto a mim, creio muito mais preocupante o problema, mais grave e mais sombrio, da possibilidade de desaparecimento do homem sobre a Terra. O Brasil está decidido a resistir a quaisquer pressões dirigidas contra seu crescimento demográfico. Para nós, a vida deve continuar a ter prioridade sobre a morte” (*Revista Visão*, edição de 10.10.1969).

Em agosto de 1976, em Bucareste (Romênia), o governo brasileiro fixou sua posição em relação à política demográfica, quando na Conferência Mundial de População assim se definiu:

“O Brasil pode absorver o crescimento demográfico previsível e ele deve mesmo constituir um dos elementos de desenvolvimento econômico, na medida em que será necessário para a segurança do país e para a incorporação dos vastos espaços vazios do território nacional à população.

No que diz respeito à disponibilidade de terras e de recursos naturais, o Brasil é ainda um país subpovoado. Assim, o crescimento da população brasileira (natural, não fomentado) não agrava a superpopulação mundial e, pela possibilidade que traz de melhor aproveitamento de recursos naturais não explorados, sobretudo nas áreas economicamente vazias, será mesmo um fator para diminuir a crise mundial de alimentos.

Em termos absolutos, não há, pois, problema de superpopulação no Brasil.

Em vista do exposto, não há motivo para implantar no Brasil políticas de contenção de crescimento da população.

A opção por uma política de não intervenção do governo no controle da natalidade, ao mesmo tempo que consulta os interesses da Nação, atende ao princípio ético fundamental de que compete ao casal, em única instância, a decisão quanto à composição familiar. Ao estado cabe, porém, zelar para que esse direito se possa exercer sem pressões de qualquer ordem, externas ou internas, diretas ou indiretas.

A política demográfica brasileira é do domínio soberano do governo do Brasil. O governo não aceita interferências externas, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica. O controle da natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental ...” (*Jornal do Brasil*, Caderno B, edição de 08.02.1977).

A política populacional não é de competência exclusiva do médico, pois sua repercussão encontra-se no âmbito de outras ciências, ficando entregue aos técnicos a ordenação econômico-demográfica; e os aspectos morais, unicamente à consciência e à liberdade responsável do homem e da mulher.

Estimular a prática anticoncepcional como forma de prevenir o aborto criminoso é coisa que não sensibiliza ninguém, pois essa forma de delito tem suas raízes em aspectos psicológicos e morais. Em 1964, na Hungria, antes dos anticoncepcionais, o aborto criminoso era de 4,4%, e depois do advento dos anovulatórios, em 1968, quando já se consumiam as pílulas em larga escala, os abortos subiram para uma cifra de 7,3% (*Pulso*, 9 (347): 3, 1969).

E quanto ao infanticídio sua efetivação é tão rara que não se pode levá-lo em consideração como um problema, e ainda mais, na maioria das vezes, trata-se de uma gravidez desejada e consentida que posteriormente não mais foi aceita.

#### **16.4. POR TRÁS DO “PLANEJAMENTO FAMILIAR”**

Ninguém de bom senso, sob nenhuma hipótese, poderia contrariar qualquer tipo de programa que tivesse por meta melhorar o padrão de vida e saúde da nossa população. Todavia, é dever de todos orientar e alertar a comunidade para o que se vem fazendo em nome de um suposto “planejamento familiar”, pois, além de nocivo à saúde da mulher, é, ainda, por todas as formas, contrário aos interesses do país. Por trás desse ostensivo controle da natalidade existem manobras sub-reptícias de grupos racistas do mundo colonialista, discriminação do patriarcado, do machismo científico e industrial contra mulheres do Terceiro Mundo, inclusive brasileiras e mais especificamente as nordestinas.

Não se pode ser contrário a uma família que conscientemente e sob orientação médica planeja seu número de filhos. O que não se pode admitir é a contracepção dirigida, indiscriminada e permanente na pretensa ilusão de combater a fome, o aborto criminoso, a poluição ou como modalidade de acelerar o desenvolvimento econômico.

Não é reduzindo o número de pobres que se faz desaparecer a miséria. A fertilidade dos miseráveis não é responsável pela miséria absoluta. Mas a iniquidade social que pode e deve ser reparada. A fome não é um flagelo. A fome é uma vergonha.

Não será com a “civilização da pílula” ou com os festivais de esterilização e aborto que iremos resolver nosso subdesenvolvimento. Mas com o desaparecimento da miséria total, com a desconcentração da renda nacional das mãos de uma minoria privilegiada, com o desaparecimento das desigualdades sociais, com a independência econômica, com a paz social, com o aniquilamento do egoísmo e com o alijamento do capitalismo selvagem. Enquanto o mundo estiver gastando 60 vezes mais equipando um soldado do que cuidando de uma criança não se pode falar seriamente.

O consumismo dos países ricos e utilitaristas, 50 a 60 vezes maior do que o dos países fracos, contribui muito mais para a poluição e para o desgaste do meio ambiente do que o crescimento demográfico do Terceiro Mundo.

O que os demógrafos alarmistas e neomalthusianos não sabem ou fingem não saber é que o crescimento populacional está diretamente ligado à diminuição da mortalidade infantil e ao prolongamento da média de vida, e não ao número de nascimentos. Não nos causará nenhum espanto que

a mentalidade antinatalista de hoje não procure dificultar o tratamento das crianças e a assistência aos velhos com a finalidade de reduzir a população.

A expressão “controle da natalidade” é omitida ou negada pelos controlistas envergonhados. Os termos vão mudando de acordo com o repúdio do povo: política antinatalista, política demográfica, controle da natalidade, planejamento familiar, paternidade responsável ou plano de prevenção da gravidez de alto risco. Apenas um jogo de palavras, mas os meios e os fins são sempre os mesmos.

A expressão “paternidade responsável” é perfeitamente aceitável quando parte da Igreja do Brasil, que não envolve outros métodos que não os naturais, ou dos nacionalistas, que admitem resolver nossos problemas com soluções nossas, contando com assistência médica e sem o jugo do intervencionismo.

Por outro lado, indicar a contracepção como profilaxia da gravidez de alto risco é uma temeridade, para não dizer um deboche. Primeiro, porque esse tipo de gravidez é de incidência irrisória, a não ser que se considere desnutrição, verminose e anemia como doenças de alto risco e não como doenças sociais. Depois, pela própria definição da gravidez de alto risco: “Aquela da qual pode resultar o nascimento de criança com deficiência física, intelectual, social ou de personalidade que dificulte o crescimento e o desenvolvimento normal e a capacidade de aprendizagem”. Aí, teríamos forçosamente de afirmar que 70% dos brasileiros vivem em alto risco.

Outro fato: a mortalidade infantil nada tem a ver com controle da natalidade. A mortalidade infantil se combate atendendo às necessidades básicas: comida, instrução, condições sanitárias, habitação e atendimento médico primário. Querer relacionar mortalidade infantil com controle da natalidade ou é ingenuidade ou má-fé.

Dizem existir discriminação contra as mulheres pobres às quais se negam as pílulas que as mulheres ricas podem comprar. Para os “passadores de pílula” basta que se deem às pobres os anovulatórios e tudo bem. Assim estaria assegurada a sua democracia mesmo que elas continuassem na mesma miséria e na mesma promiscuidade, habitando as favelas, os alagados, os mocambos e as palafitas, contanto que tomassem “democraticamente” a pílula.

Chegou a hora de o governo tomar uma decisão mais séria sobre a questão. Enquanto ele desenvolve uma política social eminentemente pró-natalista, através da instituição do salário-família, do auxílio-natalidade e do plano nacional de habitação; das suas leis contrárias ao simples anúncio de meios antinatalistas; e dos seus frequentes pronunciamentos em organismos internacionais refutando qualquer tipo de interferência no problema da natalidade, permite, no entanto, que entidades particulares, de origem pouco clara e de intenções ainda não bem definidas, pratiquem de forma indiscriminada a anticoncepção e o aborto, estabelecendo, inclusive, convênios com Secretarias de Saúde estaduais; favorece a venda de anticoncepcionais sob aleatória fiscalização; e apoia programas ministeriais declaradamente contraceptivos.

Chegou também o momento de se indagar aos que representam essas instituições antinatalistas não apenas quem as subvenciona ou fiscaliza suas atividades, mas também quem prescreve anticoncepcionais nos lugares onde não existe médico, qual o departamento que trata das complicações da pílula ou do DIU, se em seu programa desenfreado de antinatalidade dão conhecimento às mulheres dos riscos dos anovulatórios, se seu departamento jurídico está capacitado a indenizar aquelas vítimas dos efeitos colaterais e deletérios da contracepção e do aborto e se de fato tratam da esterilidade como anunciam em sua “Cartilha Educativa”.

Nosso temor é que se volte a pensar num programa que teve por título “Além do Planejamento Familiar”, estimulado pelos nossos irmãos do Continente Norte, em 1970, concluindo pelo fracasso dos meios contraceptivos orais, por não poder o seu uso ser fiscalizado. Procuraram um processo mais

radical, que consistia em adicionar um esterilizante à água de abastecimento dos centros urbanos. O Programa sofreu restrição porque poderia causar danos à vida ou à saúde das plantas e dos animais. E também pela dificuldade de encontrar-se um agente quimicamente neutro para não danificar os tubos e as canalizações da água.

E quem são os antinatalistas no Brasil? São os subsidiados pelo capital estrangeiro, recebendo em dólares e desobrigados de passar recibos; os ingênuos defensores das teorias sepultadas de Malthus; os totalmente jejunos em fisiologia, genética, farmacologia, endocrinologia, bioquímica e cancerologia; e alguns cultos e inteligentes, mas, sem nenhuma explicação, antinatalistas, pois não podem ignorar as múltiplas faces da contracepção e seus defeitos nocivos à mulher, à sociedade e aos interesses maiores do país.

## 16.5. A INTERVENÇÃO ESTRANGEIRA

Um fato que salta à vista é o de ser o crescimento demográfico motivo de manobras políticas e demagógicas, como forma de intervenção nos países em desenvolvimento, que direta ou indiretamente se obrigam a aceitar determinados programas nas condições de se sujeitarem ao controle de sua natalidade. É lamentável que esta filosofia venha partindo de países que se dizem constituir paradigmas da democracia e eternos preocupados com a liberdade do mundo, e que agora pressionam com o seu poder político, econômico e financeiro outros povos que tentam, à sua própria maneira, alcançar o desenvolvimento desejado. Na verdade, a fabulosa fortuna gasta nessas circunstâncias poderia ser empregada em benefício de todos, em hospitais, estradas, saneamento e educação.

A campanha da restrição da natalidade parte justamente de superpotências para ser executada em países emergentes, indiferentemente de haver ou não imensos vazios humanos.

Várias CPIs e Comissões de Investigação têm se ocupado em apurar tal intervencionismo, que ameaça nossa soberania e nos enfraquece como nação. Há uma necessidade urgente de se tomar uma medida enérgica e eficaz contra tais disposições que, no fundo, são lesivas e inidôneas.

O velho e gasto chavão de que o crescimento rápido da população impede o desenvolvimento econômico de uma nação vem sendo reeditado nestes últimos tempos como argumento desse expansionismo internacional. Em nosso país, a interferência neste setor, orientada por instituições e entidades alienígenas, vem sendo diariamente comprovada através dos mais diversos meios de comunicação. A *Pan American Health Organization* dizia através de publicações ter investido no controle do crescimento em nosso meio várias centenas de milhares de dólares. E ainda apontava outras que se prestavam ao mesmo fim: *Ford Foundation*, *IPFF*; *Pan American Sanitary Bureau*, *Population Council*, Fundação Rockefeller e a própria OMS (Gurgel do Amaral, *Correio da Manhã*, 30.06.1967).

A posição norte-americana foi claramente evidenciada em declaração prestada pelo Presidente Johnson, nas festividades de comemoração do 209.º aniversário da ONU: “É preferível gastar 5 dólares no controle da natalidade em um país do que 100 dólares para o seu desenvolvimento” (*Correio da Manhã*, 09.07.1967).

O governo inglês, com mais discrição, não se mostra diretamente apoiando programas antinatalistas noutros países. No entanto, a Federação Internacional de Planificação da Família, organização particular, com sede em Londres, desenvolve atividades contracepcionistas entre nós, com ampla simpatia do governo de Sua Majestade (Brugarola, S. J. Martin, *Sociologia y teología de la natalidad*, Madrid: Studium, 1967).

Até mesmo a Suécia, sob a capa de uma contribuição desinteressada e humanitária, tem se apressado

em realizar, apoiar ou subvencionar programas de “planificação da família” em países do Terceiro Mundo. Esse país também apoia o programa da IPFF em várias regiões do mundo, através do Departamento Central Sueco para Ajuda ao Desenvolvimento Internacional (SIDA).

É claro que não há necessidade de se prolongar sobre matéria desta natureza, que outra coisa não revela senão a franca e indisfarçável intervenção estrangeira em assuntos internos de outro país, não apenas ferindo a ordem moral e os direitos fundamentais da pessoa humana, mas também mostrando o menosprezo e a indiferença pela soberania e pela independência dos povos, em assuntos do seu próprio interesse. E finalmente o egoísmo e a insensibilidade de grupos ditos civilizados, que preferem sufocar a natalidade e restringir o direito de as populações pobres sobreviverem, por interesses nem sempre recomendáveis.

## 16.6. A FARSA DE MALTHUS

Há quase 200 anos, Malthus, economista e pastor protestante, com seus *Ensaio*s, causou, com suas teorias, certo sucesso sobre o problema populacional, ao induzir as massas desempregadas a controlar a natalidade, diminuindo assim o “exército de reserva” e aliviando as pressões contra os proprietários, os quais pagavam cada vez menos aos seus empregados por turno de 16 a 18 horas de trabalho diário.

A tese de Malthus era montada em duas premissas:

1. o alimento é necessário à existência humana;

2. a paixão sobre os sexos é necessária e existirá sempre em seu estado atual. Daí, ele concluiu que a espécie humana aumentaria na proporção de 1, 2, 4, 8, 16 etc., e os meios de subsistência na proporção de 1, 2, 3, 4, 5 etc. E que em dois séculos e um quarto a população seria, em relação aos meios de sobrevivência, de 50 para 1 e que depois de certo tempo a diferença seria incalculável. Ele confundiu *fertilidade potencial* humana com *natalidade efetiva*, ou como disse Josué de Castro: “O primeiro erro de Malthus foi considerar o crescimento das populações como uma variável independente”.

Todavia, o economista-pastor, travestido de profeta, não previu que as leis demográficas seguem rumos diferentes dos simples rumos matemáticos, onde vários fatores influenciam a redução da natalidade, como a guerra, as epidemias, a educação, os meios de subsistência, os hábitos, a esterilidade natural, os fatores psicossomáticos e o próprio planejamento do casal. E o mais importante: a fome vem sendo criada pelo próprio homem como forma de deserdar e colonizar seus semelhantes. Existe e existirá fome no mundo por incompetência, egoísmo, comodidade, pressa e chantagem política do mundo forte contra as potências economicamente fracas. A miséria tem como responsável a desorganização social e a política insaciável do lucro incessante.

Hoje, muitos admitem que o excesso da população não gera a miséria. Esta, sim, é a responsável pelo excesso de população. A História prova isso: em nenhum país onde se verificou melhoria do poder aquisitivo do povo houve aumento da natalidade. E que o número de filhos entre os pobres é maior do que na classe média, e nesta mais elevado em relação aos ricos, os quais crescem tão pouco, a ponto de, por eles, a sobrevivência da espécie ficar ameaçada.

Por outro lado, Malthus foi incapaz de prever o avanço da tecnologia, as mudanças que o homem impôs à natureza, a exploração dos meios naturais de alimentação, a ciência como meio planejador da prole e a capacidade de luta contra a fome. Não sabemos até hoje por que o economista-profeta foi incapaz de entender que o mundo poderia aumentar substancialmente sua produção industrial, comercial e agrícola, e que a vida de uma população depende da quantidade de bens para seu próprio sustento, do mesmo modo essa quantidade de bens depende da massa da população que é chamada a produzi-la.

Como afirmou Vincenzo Palmieri, houve por parte de Malthus um “defeito de previsão”.

Para muitos estudiosos da Economia Política, a teoria de Malthus representa a mais dramática, pessimista e inconsequente das teorias econômicas, não só por profetizar um estado estacionário ao nível de pobreza absoluta, fundamentada na lei dos rendimentos decrescentes, mas, ainda, o aumento ilimitado da população. Estes foram seus erros principais: primeiro, a lei dos rendimentos decrescentes é perfeitamente contornada sem dificuldades pela acumulação do capital e pelo progresso tecnológico, e, depois, são inúmeros os fatores que influenciam o crescimento demográfico, através das leis biológicas, em face das quais a população se autocontrola normalmente, sem jamais chegar ao limite de saturação, fenômeno esse aplicável a todas as espécies e guiado por fatores relativos e variáveis.

## 16.7. A ASTÚCIA IMPERIALISTA

O recurso do controle da natalidade tem sido continuamente denunciado como manobras sub-reptícias dos países colonizadores, no intuito de exercer o poder de pressão política e econômica sobre os países em desenvolvimento, independente ou não de haver imensos vazios humanos.

O governo inglês, com a sua habitual descrição, embora não se mostrando diretamente apoiando programas antinatalistas, desenvolve tais atividades, com ampla simpatia e anuência de Sua Majestade, transferindo-as para a Suécia, a qual, sob o manto de uma contribuição desinteressada e humanitária, apoia programas de “planificação familiar” em países do Terceiro Mundo, através do Departamento Central Sueco para Ajuda do Desenvolvimento Internacional (SIDA), em mais de 40 países nos cinco continentes. Foi assim que nasceu, em 1952, a Federação Internacional de Planificação Familiar (IPPF), com sede principal em Londres, seguindo critérios provavelmente não adotados para os ingleses, mas para as extensas regiões da *Commonwealth*.

Os Estados Unidos nunca esconderam seu interesse em promover e financiar programas de controle da natalidade nos “povos marginais”, exercendo, por trás disso, pressões como condição indispensável às contribuições oferecidas, num verdadeiro menosprezo à soberania dos povos e aos direitos fundamentais da pessoa humana.

A política antinatalista patrocinada pelos países colonizadores no Terceiro Mundo tem como exclusivo sentido a diminuição da população, que cada dia se conscientiza politicamente e começa a perceber o grau de exploração e injustiça social, em favor dos privilégios das elites conservadoras. Esse domínio sobre o mundo subdesenvolvido não reside apenas no campo econômico, político e científico; constitui também uma estratégia de prever intervenções facilitadas. Aí está o exemplo de Granada, invadida e dominada por apenas dois mil fuzileiros. No Vietnã, em dez anos de intensa luta, o mais poderoso de todos os exércitos da Terra se deixou humilhar com uma retirada tão mal justificada quanto o seu envolvimento inglório.

Além do mais, os países fortes são beneficiados pelas multinacionais fabricantes de anticoncepcional, que transformam países dominados em laboratórios de experimentações e sangram suas economias com o desvio dos lucros incessantes para as matrizes distantes.

Entre nós, esse tipo de intervenção vem sendo denunciado todos os dias e por todos os meios de informação, sem nenhuma providência, mesmo sabendo-se que é lesivo e inidôneo.

Em nosso país, a interferência neste setor foi denunciada desde 1967, quando o jornalista Gurgel do Amaral relatou em Comissão Parlamentar de Inquérito que instituições, sob o manto protetor da ONU, atuavam desde 1964 sobre nossa natalidade, informações essas baseadas em publicações da *Pan American Health Organization*. E apontou ainda: a *Ford Foundation*, a IPPF, a *Pan American Bureau*, a

*Population Council, a Rockefeller Foundation e a própria OMS, entre outras.*

E, se não bastasse tanto, no crepúsculo da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, no bojo do tema “Planejamento Familiar”, como o advento de uma nova era e em favor de uma “solução” para os nossos problemas, criava-se a BEMFAM (hoje a mais beneficiada pelo capital estrangeiro), para impedir o nascimento de indivíduos que não tivessem “as condições de vida necessárias ao seu desenvolvimento digno”. Segundo seu programa, destinava-se a imprimir, motivar e orientar a paternidade responsável, estudar a reprodução humana, realizar pesquisas científicas, combater o aborto, tratar dos casais estéreis, determinar precocemente o câncer ginecológico, embora, até o momento, não tenha feito outra coisa senão distribuir aleatória e criminosamente cartelas de pílulas anticoncepcionais a mulheres nordestinas, sem nenhum critério médico, através de convênios com as Secretarias de Saúde dos Estados, cujos Postos de Saúde estão hoje transformados em depósitos das multinacionais. Ou subsidiar indivíduos ou grupos com capital estrangeiro, dispensados de passar recibo, conforme denunciou Mário Victor de Assis Pacheco no Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros, na Comissão de Saúde do Senado Federal, no dia 4 de outubro de 1979.

Com essa visão, tomando por referência o crescimento demográfico, vêm sendo tomadas medidas políticas e demagógicas, como forma de intervenção nos países em desenvolvimento, que, direta ou indiretamente, se obrigam a aceitar determinados programas nas condições de se sujeitarem ao controle de sua natalidade. É lamentável, sob todas as formas, que essa filosofia venha partindo de países que se dizem constituir paradigmas da democracia e eternos preocupados com a liberdade do mundo, e que agora pressionam com seu poder de barganha outros países que tentam, à sua própria maneira, alcançar o futuro desejado.

## **16.8. ESTRUTURA DEMOGRÁFICA – UM ASSUNTO POLÍTICO**

Anunciado e repetido como um programa que tem por objetivo elevar o padrão de saúde e bem-estar da população, o chamado “planejamento familiar”, tal como está sendo posto em prática entre nós, principalmente no Nordeste brasileiro, conflita com os interesses de ordem social e tem conotações ultrajantes à própria dignidade humana. Além de nocivo à saúde da mulher, esse controle aleatório e ostensivo nada mais representa senão a expressão de manobras e escamoteações arquitetadas pelos resíduos do racismo e do colonialismo dos países industriais, de que se tornaram vítimas as mulheres do Terceiro Mundo.

Maldosamente, é feito o jogo com expressões à conveniência do momento. Sob o rótulo de “planejamento familiar” ou “paternidade responsável”, pratica-se impunemente o mais impiedoso e inconsequente controle da natalidade, com o uso abusivo de “pílulas” e esterilização irreversível através de laqueadura das trompas.

Acreditamos que ninguém é contrário à anticoncepção, por motivos pessoais e à consciência do casal, ou por imperiosa necessidade médica. Só podemos aceitar o planejamento familiar como um processo pedagógico, de caráter eminentemente democrático, onde todas as frações da comunidade, qualquer que seja sua situação política, econômica ou social, sejam incluídas no processo, e que o número de nascimentos, para mais ou para menos, não seja o fundamento essencial do programa. Mas as necessidades básicas da família, principalmente no contexto microdemográfico, como fator de melhoria das condições da vida familiar. Desse modo, a contracepção – assunto médico – pode vir a ser um elemento incluído no planejamento familiar, pois este envolve fatores muito diversificados de ordem sexual, econômica, social, psicológica, enfim, um problema de natureza especificamente política, que não

pode permanecer fora do controle e do interesse coletivo.

Os organismos internacionais e grupos apologistas do controle indiscriminado, por razões plenamente compreensíveis, voltam à carga, desta vez aproveitando-se da situação de penúria e miséria em que estamos mergulhados. Ainda assim, os argumentos levantados em favor do controle da natalidade são discutíveis.

As razões apontadas são sempre as mesmas: o aumento da população excede os recursos naturais, e devora-se parte considerável do Produto Interno Bruto por habitante, bloqueando, desse modo, a saída para a recuperação da nossa economia combalida.

Ninguém, de bom senso, pode descartar a possibilidade da pressão demográfica sobre os recursos naturais. Todavia, o problema brasileiro é diferente, uma vez que o limite das nossas reservas, pela sua amplitude, não preocupa. Por outro lado, não podemos omitir o fato de que um índice de natalidade alto retarda o crescimento dos produtos *per capita*. Mas uma densa população determina o aumento do mercado interno, acelerando seu desenvolvimento, não só na qualidade de sua produção, senão, também, na quantidade. Assim, por exemplo, o mercado uruguaio não permite a existência de uma indústria de televisores. Em suma: os países subdesenvolvidos terão, no futuro, como forma da sobrevivência, seu próprio mercado interno, quando a aceleração das taxas demográficas passa a ser um fator significativo da infraestrutura produtiva.

Todos sabem, ainda, que uma população que cresce não é responsável pelos problemas sociais. A origem está na infraestrutura econômica. Basta ver que, há dez anos atrás, nossa população crescia a 3% ao ano, enquanto que hoje não chega a 2,2%. Quem quiser solucionar os problemas econômicos de um país à base do controle da natalidade ou é ingênuo ou está agindo de má-fé.

As conclusões a que chegaram os demógrafos não comprometidos, durante a Conferência de Bucareste, realizada em 1974, foram que a antinatalidade dos países subdesenvolvidos nem favorece nem estimula o desenvolvimento. Ao contrário, limita e retarda suas possibilidades. A conclusão tirada no Sri Lanka, em 1979; na Malásia, em 1980; e no Quênia, em 1981, foi a seguinte: o aumento das populações não preocupa, e sim a iniquidade e as distorções das estruturas econômicas e sociais.

Acreditamos que ninguém seria contrário a uma família que, livre e conscientemente, através de meios não nocivos, optasse por um desejado número de filhos, levando em conta a influência que pudesse resultar na organização familiar, elevando o nível de vida e saúde, as condições de moradia, educação e alimentação. Chegamos ao ponto até de admitir que setores respeitáveis do estado pudessem participar, auxiliando o casal no tocante aos aspectos formais e educativos da contracepção. No entanto, o que não se admite é a intromissão de instituições de origem desconhecida e finalidades nebulosas, invadindo os domicílios, ditando a cada um o direito ou a obrigação de ter ou não certo número de filhos.

Ninguém é contrário a um planejamento familiar que não fique apenas reduzido à “democratização” da pílula ou aos festivais de esterilização. Mas em favor da redistribuição da renda, contra a iniquidade social, em favor da moradia condigna, de uma melhor expectativa de vida, em prol da fomentação do companheirismo e da fraternidade, na luta contra a recessão e o desemprego, contra a promiscuidade, a prostituição e o crime.

Planejar uma família é, portanto, antes de mais nada, uma tarefa política. Não é um discurso médico. E quem quiser falar sobre o problema demográfico fora desta esfera estará simplesmente querendo blefar ou, ingenuamente, induzir a acreditar nas fantasias ditadas pelos interessados na contranatalidade. Ainda mais, quando, e apesar de tudo, continuamos acreditando num mundo menos egoísta e mais feliz, no progresso e na paz.

## 16.9. MEIOS ANTINATALISTAS ABORTIVOS

Hoje em dia, não mais se discute o mecanismo de ação dos dispositivos intrauterinos, qual seja, o de destruir o ovo quando da sua entrada no útero. As mulheres que trazem esses artefatos não deixam de ovular, e a gravidez pode se processar a termo, pois o transporte espermático não se altera. Todos estão de acordo, portanto, que a ação do DIU é justamente a de impedir a nidificação de um ovo já fecundado.

A questão que se procura discutir, no momento, é se impedir a nidificação é ou não aborto.

Em parecer emitido por solicitação do Ministério da Justiça, assim se reportou o insigne mestre Hilário Veiga de Carvalho: “A nidação não é o início da vida do produto da concepção: é apenas uma das fases da evolução do ovo, que necessita ser aconchegado na mucosa uterina para nela, e através dela, receber os elementos nutrientes e protetores que, daí em diante, garantem o prosseguimento da vida do novo ser” (*Discurso sobre o sexo*, São Paulo: Global, 1975).

Indiscutível é que se constitui um novo ser a partir da união dos gametas, com a conseqüente formação do ovo, pois esse é o fundamento da reprodução.

Depois de formado, caminha o ovo para a cavidade uterina já em fase de blastócito, levando consigo uma estrutura genética que apresentará no futuro a herança cromossômica, o sexo, os sinais raciais, a cor do cabelo, da pele e dos olhos, e até mesmo os estigmas mentais. Traz consigo um potencial energético, capaz de manter-se por si próprio durante a migração, facultando condições de sobrevivência por vários dias, necessitando, no entanto, de implantar-se, devido aos escassos recursos nutritivos.

A vida, pois, inicia-se no momento da fecundação. E a nidificação é um processo a mais na marcha de uma vida já em progresso. Mesmo que não haja o aninhamento do ovo no útero, seu poder vital é tanto, que pode evoluir nas trompas, no peritônio, ou onde possa se desenvolver.

Sobre o assunto, assim se define o Prof. Nilson Sant’Anna: “A vida humana irrompe e inicia a sua estruturação somática no exato momento da fecundação, antes, portanto, do ovo implantar-se no útero. A nidificação garante, apenas, o prosseguimento de um processo vital já em andamento, decorrente de seu próprio poder energético, e a continuidade evolutiva de uma complexa arquitetura citológica, cujas linhas prévias já lhe chegaram esboçadas no desenho das primeiras divisões mitóticas”.

Tem-se dito que a gravidez começa na nidificação, porém não é esse o ponto crucial do problema, mas exatamente o crime que se comete contra a vida, pois mesmo os antinatalistas mais radicais não negam ter ela início desde o momento da fecundação.

Se o mecanismo de ação do DIU é impedir a nidificação quando já existe uma vida nova, é claro que sua ação é eminentemente abortiva. Se não é um anticoncepcional, pois não impede a formação do ovo, é irremediavelmente um abortivo, ou um microabortivo, como eufemisticamente se possa chamar.

É ainda Hilário Veiga de Carvalho que assegura: “É o DIU um meio abortivo, desde que o abortamento é a morte do produto da concepção, qualquer que seja o estado evolutivo em que ele se encontre, a partir da fecundação; se ele impede o prosseguimento da vida do produto já formado, é indiscutivelmente um desses meios que se capitulam como abortivos, e não coisa diversa” (*op. cit.*, p. 89).

Admitir-se a vida humana em dois estágios – de vida biológica, da fecundação à nidificação; e de vida humana, a partir dessa fase, é fantasiar através de palavras o que a razão não aceita.

Por que não chamar-se a esse ovo vida humana? Existirá outra forma de vida, que porventura não seja biológica? E se aquela vida não é humana, seria então vegetal ou animal? Qual a diferença, afinal de contas, entre as duas vidas, sob o ponto de vista ético-jurídico? Nas gravidezes extrauterinas, dir-se-ia, então, não haver vida humana, quando, na verdade, muitas delas chegam até a termo?

Por incrível que pareça, chegaram até a falar da alma, afirmando-se a dificuldade em precisar a época do seu aparecimento. Infelizmente a lei não cogitou ainda do espírito, apenas se propondo a preservar a vida em todos os seus estágios, combatendo os crimes contra ela praticados.

Outro fato que não pode passar despercebido é o de que as pílulas podem se constituir, pelo uso progressivo e indiscriminado, em agentes abortivos, pois já se tem registro, em grande incidência, de casos de mulheres que, após o seu uso prolongado, não mais engravidaram quando decidiram abandonar tal expediente.

Tyler, já em 1964, afirmava que os hormônios constituintes dos anovulatórios provocam alterações endometriais, que podem tornar impossível a nidificação, por modificações do estroma excessivamente estimulado. Isso vem criar condições desfavoráveis no endométrio à implantação do ovo, pois as glândulas tornam-se pouco desenvolvidas (“Current Status of Oral Contraception” – Separata em português do *JAMA* – 189:562/565, 1964).

Hugo Maia, da Bahia, falando sobre a ação de alguns anovulatórios, conclui que a ampliação da faixa proliferativa e o encurtamento da fase secretória criam condições desfavoráveis à nidificação do ovo (“Terapêutica Sequencial”, *Revista Terapêutica do Brasil*, 6(2): 329/334, 1968).

Assim, é fácil de se entender que, estando o endométrio desfavorável à implantação do ovo, excessivamente proliferado pelo aumento de estrógenos, passam as *pílulas* a se constituir, também, em mais um agente abortivo.

Muitos justificam o uso de tais métodos alegando prevenirem estes o aborto criminoso, embora, a nosso ver, ajam eles de maneira um tanto ou quanto incoerente. Sobre esse fato, acertadamente pronunciou-se o Prof. Brito Velho, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: “Acho estranho que se procure combater o aborto com o aborto. Estranha maneira de combater um método que todos consideram criminoso cometendo outro crime. Mas, um crimezinho para certas consciências que medem o tamanho do crime pelo volume da vítima”. (...) “Parte da Bemfan consiste em substituir um método brutal de aborto por um método sutil de aborto” (Suplemento ao n.º 117 do *Diário do Congresso Nacional*, de 23.09.1970).

Sob os pontos de vista médico e jurídico, a utilização dos artefatos antinatalistas, à primeira vista anticoncepcionais, age como autênticos abortivos; pois, não tendo ação de impedir a fecundação, atuam, na verdade, sobre um ser que já tem vida.

## 16.10. ASPECTOS JURÍDICOS

Com a rotulagem de se estabelecer a contenção da natalidade, para se evitarem a “explosão demográfica”, o aborto criminoso e o infanticídio, têm-se empregado medidas que ferem frontalmente a Lei. Mesmo sendo a legislação brasileira muito clara sobre o assunto, é esse o delito mais praticado, num total desrespeito à vida humana, e que vai passando despercebido.

1. *Do Anúncio de Meios Anticoncepcionais*. O art. 20 da Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei n.º 3.688, de 3 de outubro de 1941) comina pena de multa de quinhentos a cinco mil cruzeiros para quem “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto”.

2. *Da Esterilização Cirúrgica*. O Código Penal brasileiro, quando trata das lesões corporais, no art. 129, § 2.º, inciso III, pune com pena de reclusão de dois a oito anos, se da lesão resulta “perda ou inutilização de membro, sentido ou função”. Assim, nos casos de esterilização cirúrgica sem indicação médica, ou naqueles cujas consequências levam a uma esterilização definitiva, é claro que existem lesões gravíssimas, sob o ponto de vista jurídico. Não interessa se essa prática é realizada com o prévio

consentimento da paciente, pois essa permissão não se assenta em fundamentos de interesse comum, uma vez que a vida e a saúde das pessoas são bens inalienáveis e irrecusáveis.

Não se pode deixar de caracterizar como lesões corporais certas complicações surgidas em determinadas formas não cirúrgicas da anticoncepção, como a hemorragia e a perfuração uterinas graves, bem como as infecções agudas, entre outras.

3. *Do Crime de Aborto.* Os arts. 124 e 128 do mesmo estatuto tratam do aborto. Ora, sabendo-se que os dispositivos intrauterinos não têm ação anovulatória, e, sim, efeito comprovadamente abortivo, não há que negar a implicação dos coautores no crime de aborto. Não se desconhece que nossa lei permite apenas duas formas de aborto: o terapêutico e o sentimental.

O Prof. Néelson Hungria, em seus *Comentários ao Código Penal*, afirma que “no aborto não há que distinguir óvulo fecundado, feto ou embrião: interrompida a gravidez antes do seu termo normal, há o crime de aborto”.

Logo, não sendo o DIU elemento anticoncepcional, pois ele não impede a ovulação, nem interrompe a passagem do espermatozoide até a trompa, é, indubitavelmente, um meio abortivo.

Mesmo que ao colocar-se o dispositivo não esteja ainda grávida a mulher, sua permanência no útero tem uma só finalidade: esmagar o ovo depois de fecundado, a fim de não prosseguir na sua marcha evolutiva. Sua ação é impedir a implantação do ovo no endométrio, num momento em que a vida já está definida.

4. *Da Periclitção da Vida e da Saúde.* O art. 132, ainda do mesmo diploma legal, ao tratar da periclitção da vida e da saúde, pune a simples exposição a perigo de dano, tendo a seguinte redação:

“Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto ou iminente. Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave”.

Desta forma, a aplicação do DIU, cujas complicações são por demais conhecidas, bem como a administração contínua de hormônios em mulheres, sem nenhuma dosagem hormonal prévia e posterior, constitui crime de perigo, pois existe, nesses casos, o risco de dano.

Sobre o art. 132, Néelson Hungria, em seus *Comentários ao Código Penal*, 4. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1958, v. 5, p. 288, assim se pronunciou: “Para a existência do crime, basta a *parte objecti*: que o agente acarrete para a vítima uma situação de fato em que sua vida ou sua saúde seja exposta a um perigo direto e iminente; e quanto à *parte subjecti*, é suficiente a vontade ou consciência no sentido de tal situação de perigo. O perigo deve apresentar-se *direto e iminente*, isto é, com realidade concreta, efetiva, presente, imediata”.

E Anibal Bruno (*Direito penal*, Rio de Janeiro: Forense, 1962, v. I, t. II), sobre o mesmo assunto, diz: “É crime de perigo. Considera-se consumado desde que o bem jurídico protegido seja posto em risco de sofrer o dano. De simples perigo também é o dolo que o informa. O aspecto que apenas cria uma situação da qual resulta uma ameaça de lesão para a vida ou a saúde de outrem deve ter consciência de que tal comportamento produz aquela situação de perigo. Não precisa nem deve ir além”.

Sendo assim, se uma mulher é submetida à esterilização cirúrgica simplesmente por indicação social ou por conveniência; ou se aplica um DIU para impedir o prosseguimento de uma vida humana já em andamento; ou, finalmente, se são administradas altas dosagens de hormônios sem um prévio controle estará, na verdade, plenamente configurado o delito de periclitção da vida e da saúde.

5. *Do Genocídio.* A Lei n.º 2.889, de 1.º de outubro de 1956, que define e pune o genocídio, estabelece em seu art. 1.º, letra *d*, que “adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo” terá punição idêntica à do art. 125 do CP, ou seja, de três a dez anos de detenção. Esta lei foi originária da convenção entre os países signatários do Tratado de Paris, em 1948, quando da 3.ª Sessão

da Assembleia-Geral da ONU. O Brasil foi signatário desse Tratado, sem um protesto, sem uma restrição.

O Conselho Econômico e Social da ONU, reunido de 5 a 10 de maio de 1948 em Lake Success, elaborou um Projeto de Convenção internacional, na tentativa de prevenir e reprimir o genocídio. Em seu art. I, lia-se: “Genocídio é um crime de direito internacional, quer praticado em tempo de paz, quer em tempo de guerra”. No art. II: “Nesta Convenção, genocídio significa qualquer dos seguintes atos deliberadamente praticados com o fim de destruir um grupo nacional, racial, religioso ou opinião pública de seus membros: 1. assassinios de membros do grupo; 2. lesão da integridade física de membros do grupo; 3. inflição, a membros do grupo, de medidas ou condições de vida visando a causar-lhes a morte; 4. *imposição de medidas tendentes a evitar nascimentos no seio do grupo*” ... (grifo nosso).

Mais recentemente, a Comissão de Revisão do Código Penal brasileiro fez introduzir no mesmo estatuto legal, no art. 131, § 1.º, item IV: “Quem impõe medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo. Reclusão, de quatro a quinze anos”.

6. *Do Crime contra o Interesse Nacional*. O Prof. Nilson Sant’Anna, em sua tese à livre-docência na Faculdade de Direito da UERJ, *Contribuição médico-legal ao estudo dos contraceptivos*, buscando no conceito de segurança, definido pela citada lei como “a garantia da consecução dos objetivos nacionais contra antagonismos, tanto internos como externos”, opina que tal conceito deve ser ampliado, no sentido de enquadrar como crimes os atos de genocídio praticados em nosso território.

Fundamenta-se o referido autor no argumento de que essas medidas antinatalistas em massa, impedindo os nascimentos em regiões desabitadas, provocam o despovoamento lento e progressivo, enfraquecendo, desse modo, as nossas fronteiras, e permitem uma política intervencionista estrangeira que põe em sério risco a nossa segurança e soberania.

Pelo exposto, chegamos à conclusão de que as medidas anticoncepcionais tomadas indiscriminadamente, em todas as regiões, com a rotulagem de “planificação da família”, constituem, na realidade, um delito punível. A verdade, todavia, é que até hoje não se ouviu dizer que alguém, ou alguma instituição, tenha sido processado pela prática de tal crime.

## 16.11. ASPECTOS ÉTICOS

Querer entender as crianças que estão nascendo como uma grave ameaça ao desenvolvimento econômico, à segurança nacional, ao combate à criminalidade, à recuperação da ordem democrática, à libertação do Fundo Monetário Internacional, aos planos de habitação, escola e alimentação é uma farsa, para não dizer um deboche. E, em nome disso, distribuir largamente anticoncepcionais “democraticamente” para as mulheres pobres ou, apenas, castrá-las, seria pura e simples hipocrisia, pois é sabido que não se extingue a miséria com a eliminação do miserável.

Os processos utilizados, até então, não apenas comprometem a saúde da mulher, principalmente daquelas que não têm acesso a uma assistência médica primária, e ferem profundamente a dignidade da família brasileira – elemento fundamental do equilíbrio e da harmonia social –, como se pratica o mais refinado genocídio contra nossa população.

O que se dá a entender, notadamente quando se alardeia o cataclismo da “explosão demográfica”, é que se está desviando, na forma de álibi político, a atenção de todos ante as injustiças sociais e o modelo perverso que oprime e flagela as populações mais carentes, e fugindo às raízes da miséria que infelicitam parcela imponderável da nossa população.

Assim, o que se vem fazendo, em larga escala, com as mulheres de condições sociais desfavoráveis,

em clínicas universitárias ou em serviços subvencionados pelo capital estrangeiro, através de barulhentas e espalhafatosas campanhas publicitárias, que não visam à prevenção ou ao tratamento, é exclusivamente atraí-las à esterilização ou à contracepção aleatória, o que não pode deixar de ser considerado uma proposta imoral.

A orientação da contracepção por motivos justos, a seleção de um melhor método aceito pela família, o emprego de meios menos nocivos à saúde da mulher, a prevenção de uma gravidez a gerar-se em alto risco, um processo que elimine a dramaticidade da fecundação ante um risco genético, até aí, é compreensível e aceitável. No entanto, transformar centros sofisticados, amparados por investimentos altíssimos, e, através de métodos simplistas, impedir o nascimento de crianças normais, ou simplesmente sacrificá-las em seus primeiros instantes pelo uso de DIUs, é não respeitar um mínimo de dignidade que se impõe a qualquer criatura, e nos comprometer como pessoas pela forma mais insidiosa de discriminação. Ainda mais quando se utilizam mulheres de baixa condição socioeconômica, aproveitando-se de sua situação de miséria e aflição, impedindo-as de procriar, pela força e pelo arbítrio.

A tradição médica recomenda que o homem, em qualquer instância, deve ser preservado, e que seus direitos naturais sejam respeitados, em nome da garantia da própria sobrevivência humana. E, em favor da preservação da espécie, o médico, pelo seu compromisso histórico, deve permanecer a favor da natalidade e da melhor distribuição de recursos para a perpetuação da espécie.

Assim, está o médico na obrigação moral e profissional de se empenhar pela vida e pela saúde das pessoas cujos destinos lhes foram destinados, qualquer que seja o tipo ou o estágio desta vida, pois qualquer outro argumento fora dessa mensagem vem se opor aos ditames da moral médica.

## **16.12. ESTIMATIVAS DEMOGRÁFICAS DO BRASIL**

Assim como as malsinadas previsões de Malthus, a “explosão demográfica” no Brasil deixou de ser tema obrigatório nos debates de política populacional, ganhando espaço a educação das pessoas sobre saúde reprodutiva, como orientou a Conferência sobre a População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994.

Um dos fatores mais significativos, no que concerne à transição demográfica entre nós, foi a queda da fecundidade que influenciou na taxa de natalidade, caindo o número de filhos de 6,5 em 1950 para 2,6 em 1990, o que naturalmente provocou uma mudança muito evidente na estrutura etária da nossa população.

É claro que, mesmo levando-se em conta a redução da mortalidade geral e infantil, a recente queda da fecundidade teve um impacto muito grande na redução da taxa de crescimento da população.

*Ipsa facto*, teremos muito em breve um novo padrão demográfico, certamente com modificações profundas sobre o futuro do nosso país. Houve uma alteração bem acentuada no comportamento etário da população, com algumas nuances entre os sexos masculino e feminino. Assim, ainda que se considere a queda da taxa da mortalidade infantil, houve uma diminuição bem pronunciada de jovens com menos de 15 anos e um aumento do grupo populacional com menos de 65 anos.

Esta população de 65 anos e mais, com a diminuição progressiva da população infantil de 0-4 anos, que chegou em 1991 a uma taxa de crescimento de 0,2% ao ano, será gravemente atingida, pois, além dos maiores encargos pela diminuição do tamanho médio das famílias, sua tendência é ficar só. Acrescente-se a isso a assistência médica do idoso, muito mais complexa e mais onerosa. A verdade é que enquanto a população infantil de 0-4 anos cresce numa média de 0,2% ao ano, a população de 65 anos e mais crescerá a uma taxa de 3,5% ao ano, tudo isso em relação à população total que crescerá 1,08%,

conforme prevê Martine & cols. (*Mudanças recentes no padrão demográfico brasileiro e implicações para a agenda social*, Brasília: IPEA, 1994).

Com certeza, tudo isto terá um impacto muito profundo nas políticas sociais, com ênfase na saúde e na previdência. Por outro lado, abre-se uma perspectiva de melhoria de condições de educação infantil, levando-se em conta que a cada ano diminui significativamente o contingente do ensino fundamental, o que obriga a uma educação de melhor qualidade. O desafio será num futuro não muito distante criar as condições para uma política da terceira idade, em retribuição aos que tanto contribuíram e em favor da própria dignidade humana.

### **16.13. CONTRACEPÇÃO DE URGÊNCIA**

Chama-se de *contracepção de urgência* o processo utilizado no dia imediatamente ao coito, com a finalidade de evitar a gravidez. Entre nós, a mais utilizado é o método de *Yuspe* (etinil-estradiol + levonogestrel). Sua indicação estaria, pois, não apenas nos casos de esquecimento do uso do anticoncepcional, mas ainda nas circunstâncias de constrangimento sexual.

Ninguém pode omitir o direito de o médico decidir livremente sobre os meios de diagnóstico e tratamento em favor da sua paciente, e o direito que ela tem de decidir sobre algumas questões que dizem respeito a sua própria autonomia.

Todavia, é necessário que se estabeleça de forma clara e objetiva se, na época do uso de tal medicamento, sua finalidade seria contraceptiva ou abortiva. Certamente, antes disso, teríamos de responder a duas questões fundamentais: primeiro, saber qual seria o prazo médio em que ocorreria a junção do espermatozoide com o óvulo e daí entender se aquela ação seria apenas sobre o espermatozoide. Segundo, a antiga questão do início da vida: se na fecundação ou na nidadação.

Acreditamos ter chegado a hora de o Conselho Federal de Medicina, depois de ouvir as sociedades médicas especializadas, considerar o assunto sob a forma de parecer ou resolução.

E, por fim, saber também se tudo isso não teria apenas o sentido de fazer de um alegado projeto de contracepção dito de emergência uma forma disfarçada de aborto. O difícil será provar isso materialmente.

Mais recentemente, a Lei n.º 12.845, de 1.º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, estabelece que os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços: I – diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II – amparo médico, psicológico e social imediatos; III – facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; IV – profilaxia da gravidez; V – *medicação com eficiência precoce para prevenir gravidez resultante de estupro*; VI – profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST; VII – coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; VIII – fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

## 16.14. CONCLUSÃO

Ninguém seria contrário a uma família que, livre e conscientemente, através de meios não nocivos, optasse por um desejado número de filhos, levando em conta a influência que pudesse resultar na organização familiar, elevando o nível de vida e saúde, as condições de moradia, educação e alimentação. Chegamos ao ponto até de admitir que setores respeitáveis do estado pudessem participar, auxiliando o casal no tocante aos aspectos formais e educativos da contracepção, tudo isso dentro de um projeto em favor da saúde da mulher. No entanto, o que não se admite é a intromissão de instituições de origem desconhecida e finalidades nebulosas, invadindo os domicílios, ditando a cada um o direito ou a obrigação de ter ou não certo número de filhos.

Ninguém é contrário a um planejamento familiar que não fique apenas reduzido à “democratização” da pílula ou dos festivais de esterilização. Mas em favor da redistribuição da renda contra a iniquidade social, em favor da moradia condigna, de uma melhor expectativa de vida, em prol da fomentação do companheirismo e da fraternidade, na luta contra a recessão e o desemprego, contra a promiscuidade, a prostituição e o crime.

Planejar uma família é, portanto, antes de mais nada, uma tarefa política. Não é um discurso médico. E quem quiser falar sobre o problema demográfico fora deste contexto estará simplesmente querendo blefar ou, ingenuamente, induzir a acreditar nas fantasias ditadas pelos interessados da contranatalidade. Ainda mais, quando, e apesar de tudo, continuamos acreditando num mundo menos egoísta e mais fraterno, acreditando no progresso e na paz.

## 16.15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. A. *A verdade sobre a explosão demográfica*. Discurso proferido na Câmara de Deputados, sessão de 09.10.1973.
- \_\_\_\_\_. *Controle da natalidade e disseminação de entorpecente*. Discurso proferido na Câmara de Deputados, sessão de 17.10.1973.
- BARATA, Ó. S. *Introdução à demografia*. Lisboa: ISCPU, 1968.
- BRUGAROLA, S. J. M. *Sociologia y teología de la natalidad*. Madrid: Studium, 1967.
- CARVALHO, H. V. *Discurso sobre o sexo*. São Paulo: Global, 1975.
- CASTRO, J. *O livro da fome*. 2. ed. Buenos Aires: Editorial Universitário, 1965.
- CHESNAIS (Jean-Claude). *Le Crépuscule de l'Occident: Démographie et Politique*. Paris: Robert Laffont, 1995.
- FONSECA, N. M. Anticoncepcionais modernos e aborto criminoso. *Revista do IML*, Rio de Janeiro, ano I, v. I, n. 1, 1969.
- FRANÇA, G. V. *Aspectos éticos da contracepção*. Palestra proferida no Senado Federal no Simpósio sobre Problemas Demográficos Brasileiros, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. O DIU e o crime de aborto. *A Patologia Geral*, Rio de Janeiro, ano LVIII, n. 7-8, 1973.
- \_\_\_\_\_. O DIU e o crime de genocídio. *Semanário Politika*, Rio de Janeiro, ano II, n. 102, 1973.
- \_\_\_\_\_. Política demográfica brasileira. *Femina*, v. 8, n. 3, mar. 1980.
- \_\_\_\_\_. O ginecologista e a adolescente. *O Médico Moderno*, São Paulo, abr. 1975.
- HADDAD, J. Pílulas anovulatórias e neoplasias de mama, útero e ovários. *Revista da AMB*, v. 5, n. 1, 1969.
- JACQUARD, A. *L'Explosion Démographique*. Paris: Flammarion, 1993.
- NEME, B.; FERRAZ, L. Anovulatórios: riscos imediatos e a curto e longo prazo. *Revista da AMB*, v. 4, n.8-9, 1968.
- PACHECO, M. V. A. Início da gravidez. anticoncepção e aborto criminoso. *A Patologia Geral*, Rio de Janeiro, ano LVIII, n.7-8, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Neocolonialismo e controle da natalidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- RODRIGUES, G. C. *Planejamento familiar*. São Paulo: Ática, 1990.



## PESQUISAS EM SERES HUMANOS

**Sumário:** 17.1. Introdução. 17.2. Aspectos legais. 17.3. Direito à integridade biológica. 17.4. A ética e a ciência. 17.4.1. A tecnologia biomédica e o princípio da equidade. 17.4.2. Tecnologia biomédica e relação médico-paciente. 17.4.3. A educação médica e a tecnologia. 17.5. Pesquisa em indivíduos sadios. 17.6. Engenharia Genética. 17.7. Experiências com células-tronco embrionárias. 17.8. Experiências em condenados. 17.9. Castração química. 17.10. Torturas por meios médicos. 17.11. A questão do consentimento. 17.12. Protocolo de pesquisa. 17.13. O projeto Genoma Humano. 17.14. Referências bibliográficas.

### Código Penal

Art. 132. Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente. Pena – detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.

### Lei n.º 11.105, de 24 de março de 2005

#### Capítulo I

#### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES E GERAIS

Art. 1.º Esta Lei estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização sobre a construção, o cultivo, a produção, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a pesquisa, a comercialização, o consumo, a liberação no meio ambiente e o descarte de organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, tendo como diretrizes o estímulo ao avanço científico na área de biossegurança e biotecnologia, a proteção à vida e à saúde humana, animal e vegetal, e a observância do princípio da precaução para a proteção do meio ambiente.

§ 1.º Para os fins desta Lei, considera-se atividade de pesquisa a realizada em laboratório, regime de contenção ou campo, como parte do processo de obtenção de OGM e seus derivados ou de avaliação da biossegurança de OGM e seus derivados, o que engloba, no âmbito experimental, a construção, o cultivo, a manipulação, o transporte, a transferência, a importação, a exportação, o armazenamento, a liberação no meio ambiente e o descarte de OGM e seus derivados.

§ 2.º Para os fins desta Lei, considera-se atividade de uso comercial de OGM e seus derivados a que não se enquadra como atividade de pesquisa, e que trata do cultivo, da produção, da manipulação, do transporte, da transferência, da comercialização, da importação, da exportação, do armazenamento, do consumo, da liberação e do descarte de OGM e seus derivados para fins comerciais.

Art. 2.º As atividades e projetos que envolvam OGM e seus derivados, relacionados ao ensino com manipulação de organismos vivos, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e à produção industrial ficam restritos ao âmbito de entidades de direito público ou privado, que serão responsáveis pela obediência aos preceitos desta Lei e de sua regulamentação,

bem como pelas eventuais consequências ou efeitos advindos de seu descumprimento.

§ 1.º Para os fins desta Lei, consideram-se atividades e projetos no âmbito de entidade os conduzidos em instalações próprias ou sob a responsabilidade administrativa, técnica ou científica da entidade.

§ 2.º As atividades e projetos de que trata este artigo são vedados a pessoas físicas em atuação autônoma e independente, ainda que mantenham vínculo empregatício ou qualquer outro com pessoas jurídicas.

§ 3.º Os interessados em realizar atividade prevista nesta Lei deverão requerer autorização à Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, que se manifestará no prazo fixado em regulamento.

§ 4.º As organizações públicas e privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais, financiadoras ou patrocinadoras de atividades ou de projetos referidos no *caput* deste artigo devem exigir a apresentação de Certificado de Qualidade em Biossegurança, emitido pela CTNBio, sob pena de se tornarem corresponsáveis pelos eventuais efeitos decorrentes do descumprimento desta Lei ou de sua regulamentação.

Art. 3.º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I – organismo: toda entidade biológica capaz de reproduzir ou transferir material genético, inclusive vírus e outras classes que venham a ser conhecidas;

II – ácido desoxirribonucleico – ADN, ácido ribonucleico – ARN: material genético que contém informações determinantes dos caracteres hereditários transmissíveis à descendência;

III – moléculas de ADN/ARN recombinante: as moléculas manipuladas fora das células vivas mediante a modificação de segmentos de ADN/ARN natural ou sintético e que possam multiplicar-se em uma célula viva, ou ainda as moléculas de ADN/ARN resultantes dessa multiplicação; consideram-se também os segmentos de ADN/ARN sintéticos equivalentes aos de ADN/ARN natural;

IV – engenharia genética: atividade de produção e manipulação de moléculas de ADN/ARN recombinante;

V – organismo geneticamente modificado – OGM: organismo cujo material genético – ADN/ARN tenha sido modificado por qualquer técnica de engenharia genética;

VI – derivado de OGM: produto obtido de OGM e que não possua capacidade autônoma de replicação ou que não contenha forma viável de OGM;

VII – célula germinal humana: célula-mãe responsável pela formação de gametas presentes nas glândulas sexuais femininas e masculinas e suas descendentes diretas em qualquer grau de ploidia;

VIII – clonagem: processo de reprodução assexuada, produzida artificialmente, baseada em um único patrimônio genético, com ou sem utilização de técnicas de engenharia genética;

IX – clonagem para fins reprodutivos: clonagem com a finalidade de obtenção de um indivíduo;

X – clonagem terapêutica: clonagem com a finalidade de produção de células-tronco embrionárias para utilização terapêutica;

XI – células-tronco embrionárias: células de embrião que apresentam a capacidade de se transformar em células de qualquer tecido de um organismo.

§ 1.º Não se inclui na categoria de OGM o resultante de técnicas que impliquem a introdução direta, num organismo, de material hereditário, desde que não envolvam a utilização de moléculas de ADN/ARN recombinante ou OGM, inclusive fecundação *in vitro*, conjugação, transdução, transformação, indução poliploide e qualquer outro processo natural.

§ 2.º Não se inclui na categoria de derivado de OGM a substância pura, quimicamente definida, obtida por meio de processos biológicos e que não contenha OGM, proteína heteróloga ou ADN recombinante.

Art. 4.º Esta Lei não se aplica quando a modificação genética for obtida por meio das seguintes técnicas, desde que não

impliquem a utilização de OGM como receptor ou doador:

I – mutagênese;

II – formação e utilização de células somáticas de hibridoma animal;

III – fusão celular, inclusive a de protoplasma, de células vegetais, que possa ser produzida mediante métodos tradicionais de cultivo;

IV – autoclonagem de organismos não patogênicos que se processe de maneira natural.

Art. 5.º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições:

I – sejam embriões inviáveis; ou

II – sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento.

§ 1.º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores.

§ 2.º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa.

§ 3.º É vedada a comercialização do material biológico a que se refere este artigo e sua prática implica o crime tipificado no artigo 15 da Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

Art. 6.º Fica proibido:

I – implementação de projeto relativo a OGM sem a manutenção de registro de seu acompanhamento individual;

II – engenharia genética em organismo vivo ou o manejo *in vitro* de ADN/ARN natural ou recombinante, realizado em desacordo com as normas previstas nesta Lei;

III – engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano e embrião humano;

IV – clonagem humana;

V – destruição ou descarte no meio ambiente de OGM e seus derivados em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio, pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, e as constantes desta Lei e de sua regulamentação;

VI – liberação no meio ambiente de OGM ou seus derivados, no âmbito de atividades de pesquisa, sem a decisão técnica favorável da CTNBio e, nos casos de liberação comercial, sem o parecer técnico favorável da CTNBio, ou sem o licenciamento do órgão ou entidade ambiental responsável, quando a CTNBio considerar a atividade como potencialmente causadora de degradação ambiental, ou sem a aprovação do Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, quando o processo tenha sido por ele avocado, na forma desta Lei e de sua regulamentação;

VII – a utilização, a comercialização, o registro, o patenteamento e o licenciamento de tecnologias genéticas de restrição do uso.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, entende-se por tecnologias genéticas de restrição do uso qualquer processo de intervenção humana para geração ou multiplicação de plantas geneticamente modificadas para produzir estruturas reprodutivas estéreis, bem como qualquer forma de manipulação genética que vise à ativação ou desativação de genes relacionados à fertilidade das plantas por indutores químicos externos.

Art. 7.º São obrigatórias:

I – a investigação de acidentes ocorridos no curso de pesquisas e projetos na área de engenharia genética e o envio de relatório respectivo à autoridade competente no prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar da data do evento;

II – a notificação imediata à CTNBio e às autoridades da saúde pública, da defesa agropecuária e do meio ambiente sobre acidente que possa provocar a disseminação de OGM e seus derivados;

III – a adoção de meios necessários para plenamente informar à CTNBio, às autoridades da saúde pública, do meio ambiente, da defesa agropecuária, à coletividade e aos demais empregados da instituição ou empresa sobre os riscos a que possam estar submetidos, bem como os procedimentos a serem tomados no caso de acidentes com OGM.

## Capítulo II

### DO CONSELHO NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA – CNBS

Art. 8.º Fica criado o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, vinculado à Presidência da República, órgão de assessoramento superior do Presidente da República para a formulação e implementação da Política Nacional de Biossegurança – PNB.

§ 1.º Compete ao CNBS:

I – fixar princípios e diretrizes para a ação administrativa dos órgãos e entidades federais com competências sobre a matéria;

II – analisar, a pedido da CTNBio, quanto aos aspectos da conveniência e oportunidade socioeconômicas e do interesse nacional, os pedidos de liberação para uso comercial de OGM e seus derivados;

III – avocar e decidir, em última e definitiva instância, com base em manifestação da CTNBio e, quando julgar necessário, dos órgãos e entidades referidos no artigo 16 desta Lei, no âmbito de suas competências, sobre os processos relativos a atividades que envolvam o uso comercial de OGM e seus derivados;

IV – (VETADO)

§ 2.º (*Vetado.*)

§ 3.º Sempre que o CNBS deliberar favoravelmente à realização da atividade analisada, encaminhará sua manifestação aos órgãos e entidades de registro e fiscalização referidos no artigo 16 desta Lei.

§ 4.º Sempre que o CNBS deliberar contrariamente à atividade analisada, encaminhará sua manifestação à CTNBio para informação ao requerente.

Art. 9.º O CNBS é composto pelos seguintes membros:

I – Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, que o presidirá;

II – Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia;

III – Ministro de Estado do Desenvolvimento Agrário;

IV – Ministro de Estado da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

V – Ministro de Estado da Justiça;

VI – Ministro de Estado da Saúde;

VII – Ministro de Estado do Meio Ambiente;

VIII – Ministro de Estado do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;

IX – Ministro de Estado das Relações Exteriores;

X – Ministro de Estado da Defesa;

XI – Secretário Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República.

§ 1.º O CNBS reunir-se-á sempre que convocado pelo Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, ou mediante provocação da maioria de seus membros.

§ 2.º (*Vetado.*)

§ 3.º Poderão ser convidados a participar das reuniões, em caráter excepcional, representantes do setor público e de entidades da sociedade civil.

§ 4.º O CNBS contará com uma Secretaria Executiva, vinculada à Casa Civil da Presidência da República.

§ 5.º A reunião do CNBS poderá ser instalada com a presença de 6 (seis) de seus membros e as decisões serão tomadas com votos favoráveis da maioria absoluta.

### Capítulo III

#### DA COMISSÃO TÉCNICA NACIONAL DE BIOSSEGURANÇA – CTNBio

Art. 10. A CTNBio, integrante do Ministério da Ciência e Tecnologia, é instância colegiada multidisciplinar de caráter consultivo e deliberativo, para prestar apoio técnico e de assessoramento ao Governo Federal na formulação, atualização e implementação da PNB de OGM e seus derivados, bem como no estabelecimento de normas técnicas de segurança e de pareceres técnicos referentes à autorização para atividades que envolvam pesquisa e uso comercial de OGM e seus derivados, com base na avaliação de seu risco zoofitossanitário à saúde humana e ao meio ambiente.

Parágrafo único. A CTNBio deverá acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico e científico nas áreas de biossegurança, biotecnologia, bioética e afins, com o objetivo de aumentar sua capacitação para a proteção da saúde humana, dos animais e das plantas e do meio ambiente.

Art. 11. A CTNBio, composta de membros titulares e suplentes, designados pelo Ministro de Estado da Ciência e Tecnologia, será constituída por 27 (vinte e sete) cidadãos brasileiros de reconhecida competência técnica, de notória atuação e saber científicos, com grau acadêmico de doutor e com destacada atividade profissional nas áreas de biossegurança, biotecnologia, biologia, saúde humana e animal ou meio ambiente, sendo:

I – 12 (doze) especialistas de notório saber científico e técnico, em efetivo exercício profissional, sendo:

- a) 3 (três) da área de saúde humana;
- b) 3 (três) da área animal;
- c) 3 (três) da área vegetal;
- d) 3 (três) da área de meio ambiente;

II – um representante de cada um dos seguintes órgãos, indicados pelos respectivos titulares:

- a) Ministério da Ciência e Tecnologia;
- b) Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
- c) Ministério da Saúde;
- d) Ministério do Meio Ambiente;
- e) Ministério do Desenvolvimento Agrário;
- f) Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior;
- g) Ministério da Defesa;
- h) Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República;

i) Ministério das Relações Exteriores;

III – um especialista em defesa do consumidor, indicado pelo Ministro da Justiça;

IV – um especialista na área de saúde, indicado pelo Ministro da Saúde;

V – um especialista em meio ambiente, indicado pelo Ministro do Meio Ambiente;

VI – um especialista em biotecnologia, indicado pelo Ministro da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;

VII – um especialista em agricultura familiar, indicado pelo Ministro do Desenvolvimento Agrário;

VIII – um especialista em saúde do trabalhador, indicado pelo Ministro do Trabalho e Emprego.

§ 1.º Os especialistas de que trata o inciso I do *caput* deste artigo serão escolhidos a partir de lista tríplice, elaborada com a participação das sociedades científicas, conforme disposto em regulamento.

§ 2.º Os especialistas de que tratam os incisos III a VIII do *caput* deste artigo serão escolhidos a partir de lista tríplice, elaborada pelas organizações da sociedade civil, conforme disposto em regulamento.

§ 3.º Cada membro efetivo terá um suplente, que participará dos trabalhos na ausência do titular.

§ 4.º Os membros da CTNBio terão mandato de 2 (dois) anos, renovável por até mais 2 (dois) períodos consecutivos.

§ 5.º O presidente da CTNBio será designado, entre seus membros, pelo Ministro da Ciência e Tecnologia para um mandato de 2 (dois) anos, renovável por igual período.

§ 6.º Os membros da CTNBio devem pautar a sua atuação pela observância estrita dos conceitos ético-profissionais, sendo vedado participar do julgamento de questões com as quais tenham algum envolvimento de ordem profissional ou pessoal, sob pena de perda de mandato, na forma do regulamento.

§ 7.º A reunião da CTNBio poderá ser instalada com a presença de 14 (catorze) de seus membros, incluído pelo menos um representante de cada uma das áreas referidas no inciso I do *caput* deste artigo.

§ 8.º (*Vetado.*)

§ 8.º-A. As decisões da CTNBio serão tomadas com votos favoráveis da maioria absoluta de seus membros.

§ 9.º Órgãos e entidades integrantes da administração pública federal poderão solicitar participação nas reuniões da CTNBio para tratar de assuntos de seu especial interesse, sem direito a voto.

§ 10. Poderão ser convidados a participar das reuniões, em caráter excepcional, representantes da comunidade científica e do setor público e entidades da sociedade civil, sem direito a voto.

Art. 12. O funcionamento da CTNBio será definido pelo regulamento desta Lei.

§ 1.º A CTNBio contará com uma Secretaria Executiva e cabe ao Ministério da Ciência e Tecnologia prestar-lhe o apoio técnico e administrativo.

§ 2.º (*Vetado.*)

Art. 13. A CTNBio constituirá subcomissões setoriais permanentes na área de saúde humana, na área animal, na área vegetal e na área ambiental, e poderá constituir subcomissões extraordinárias, para análise prévia dos temas a serem submetidos ao plenário da Comissão.

§ 1.º Tanto os membros titulares quanto os suplentes participarão das subcomissões setoriais e caberá a todos a distribuição dos processos para análise.

§ 2.º O funcionamento e a coordenação dos trabalhos nas subcomissões setoriais e extraordinárias serão definidos no regimento interno da CTNBio.

Art. 14. Compete à CTNBio:

I – estabelecer normas para as pesquisas com OGM e derivados de OGM;

- II – estabelecer normas relativamente às atividades e aos projetos relacionados a OGM e seus derivados;
- III – estabelecer, no âmbito de suas competências, critérios de avaliação e monitoramento de risco de OGM e seus derivados;
- IV – proceder à análise da avaliação de risco, caso a caso, relativamente a atividades e projetos que envolvam OGM e seus derivados;
- V – estabelecer os mecanismos de funcionamento das Comissões Internas de Biossegurança – CIBio, no âmbito de cada instituição que se dedique ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e à produção industrial que envolvam OGM ou seus derivados;
- VI – estabelecer requisitos relativos à biossegurança para autorização de funcionamento de laboratório, instituição ou empresa que desenvolverá atividades relacionadas a OGM e seus derivados;
- VII – relacionar-se com instituições voltadas para a biossegurança de OGM e seus derivados, em âmbito nacional e internacional;
- VIII – autorizar, cadastrar e acompanhar as atividades de pesquisa com OGM ou derivado de OGM, nos termos da legislação em vigor;
- IX – autorizar a importação de OGM e seus derivados para atividade de pesquisa;
- X – prestar apoio técnico consultivo e de assessoramento ao CNBS na formulação da PNB de OGM e seus derivados;
- XI – emitir Certificado de Qualidade em Biossegurança – CQB para o desenvolvimento de atividades com OGM e seus derivados em laboratório, instituição ou empresa e enviar cópia do processo aos órgãos de registro e fiscalização referidos no artigo 16 desta Lei;
- XII – emitir decisão técnica, caso a caso, sobre a biossegurança de OGM e seus derivados no âmbito das atividades de pesquisa e de uso comercial de OGM e seus derivados, inclusive a classificação quanto ao grau de risco e nível de biossegurança exigido, bem como medidas de segurança exigidas e restrições ao uso;
- XIII – definir o nível de biossegurança a ser aplicado ao OGM e seus usos, e os respectivos procedimentos e medidas de segurança quanto ao seu uso, conforme as normas estabelecidas na regulamentação desta Lei, bem como quanto aos seus derivados;
- XIV – classificar os OGM segundo a classe de risco, observados os critérios estabelecidos no regulamento desta Lei;
- XV – acompanhar o desenvolvimento e o progresso técnico-científico na biossegurança de OGM e seus derivados;
- XVI – emitir resoluções, de natureza normativa, sobre as matérias de sua competência;
- XVII – apoiar tecnicamente os órgãos competentes no processo de prevenção e investigação de acidentes e de enfermidades, verificados no curso dos projetos e das atividades com técnicas de ADN/ARN recombinante;
- XVIII – apoiar tecnicamente os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, no exercício de suas atividades relacionadas a OGM e seus derivados;
- XIX – divulgar no *Diário Oficial da União*, previamente à análise, os extratos dos pleitos e, posteriormente, dos pareceres dos processos que lhe forem submetidos, bem como dar ampla publicidade no Sistema de Informações em Biossegurança – SIB a sua agenda, processos em trâmite, relatórios anuais, atas das reuniões e demais informações sobre suas atividades, excluídas as informações sigilosas, de interesse comercial, apontadas pelo proponente e assim consideradas pela CTNBio;
- XX – identificar atividades e produtos decorrentes do uso de OGM e seus derivados potencialmente causadores de degradação do meio ambiente ou que possam causar riscos à saúde humana;
- XXI – reavaliar suas decisões técnicas por solicitação de seus membros ou por recurso dos órgãos e entidades de registro e fiscalização, fundamentado em fatos ou conhecimentos científicos novos, que sejam relevantes quanto à biossegurança do OGM ou derivado, na forma desta Lei e seu regulamento;

XXII – propor a realização de pesquisas e estudos científicos no campo da biossegurança de OGM e seus derivados;

XXIII – apresentar proposta de regimento interno ao Ministro da Ciência e Tecnologia.

§ 1.º Quanto aos aspectos de biossegurança do OGM e seus derivados, a decisão técnica da CTNBio vincula os demais órgãos e entidades da administração.

§ 2.º Nos casos de uso comercial, dentre outros aspectos técnicos de sua análise, os órgãos de registro e fiscalização, no exercício de suas atribuições em caso de solicitação pela CTNBio, observarão, quanto aos aspectos de biossegurança do OGM e seus derivados, a decisão técnica da CTNBio.

§ 3.º Em caso de decisão técnica favorável sobre a biossegurança no âmbito da atividade de pesquisa, a CTNBio remeterá o processo respectivo aos órgãos e entidades referidos no artigo 16 desta Lei, para o exercício de suas atribuições.

§ 4.º A decisão técnica da CTNBio deverá conter resumo de sua fundamentação técnica, explicitar as medidas de segurança e restrições ao uso do OGM e seus derivados e considerar as particularidades das diferentes regiões do País, com o objetivo de orientar e subsidiar os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, no exercício de suas atribuições.

§ 5.º Não se submeterá a análise e emissão de parecer técnico da CTNBio o derivado cujo OGM já tenha sido por ela aprovado.

§ 6.º As pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em qualquer das fases do processo de produção agrícola, comercialização ou transporte de produto geneticamente modificado que tenham obtido a liberação para uso comercial estão dispensadas de apresentação do CQB e constituição de CIBio, salvo decisão em contrário da CTNBio.

Art. 15. A CTNBio poderá realizar audiências públicas, garantida participação da sociedade civil, na forma do regulamento.

Parágrafo único. Em casos de liberação comercial, audiência pública poderá ser requerida por partes interessadas, incluindo-se entre estas organizações da sociedade civil que comprovem interesse relacionado à matéria, na forma do regulamento.

## Capítulo IV

### DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES DE REGISTRO E FISCALIZAÇÃO

Art. 16. Caberá aos órgãos e entidades de registro e fiscalização do Ministério da Saúde, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e do Ministério do Meio Ambiente, e da Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República entre outras atribuições, no campo de suas competências, observadas a decisão técnica da CTNBio, as deliberações do CNBS e os mecanismos estabelecidos nesta Lei e na sua regulamentação:

I – fiscalizar as atividades de pesquisa de OGM e seus derivados;

II – registrar e fiscalizar a liberação comercial de OGM e seus derivados;

III – emitir autorização para a importação de OGM e seus derivados para uso comercial;

IV – manter atualizado no SIB o cadastro das instituições e responsáveis técnicos que realizam atividades e projetos relacionados a OGM e seus derivados;

V – tornar públicos, inclusive no SIB, os registros e autorizações concedidas;

VI – aplicar as penalidades de que trata esta Lei;

VII – subsidiar a CTNBio na definição de quesitos de avaliação de biossegurança de OGM e seus derivados.

§ 1.º Após manifestação favorável da CTNBio, ou do CNBS, em caso de avocação ou recurso, caberá, em decorrência de análise específica e decisão pertinente:

I – ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento emitir as autorizações e registros e fiscalizar produtos e atividades que utilizem OGM e seus derivados destinados a uso animal, na agricultura, pecuária, agroindústria e áreas afins, de acordo com a legislação em vigor e segundo o regulamento desta Lei;

II – ao órgão competente do Ministério da Saúde emitir as autorizações e registros e fiscalizar produtos e atividades com OGM e seus derivados destinados a uso humano, farmacológico, domissanitário e áreas afins, de acordo com a legislação em vigor e segundo o regulamento desta Lei;

III – ao órgão competente do Ministério do Meio Ambiente emitir as autorizações e registros e fiscalizar produtos e atividades que envolvam OGM e seus derivados a serem liberados nos ecossistemas naturais, de acordo com a legislação em vigor e segundo o regulamento desta Lei, bem como o licenciamento, nos casos em que a CTNBio deliberar, na forma desta Lei, que o OGM é potencialmente causador de significativa degradação do meio ambiente;

IV – à Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República emitir as autorizações e registros de produtos e atividades com OGM e seus derivados destinados ao uso na pesca e aquicultura, de acordo com a legislação em vigor e segundo esta Lei e seu regulamento.

§ 2.º Somente se aplicam as disposições dos incisos I e II do artigo 8.º e do *caput* do artigo 10 da Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981, nos casos em que a CTNBio deliberar que o OGM é potencialmente causador de significativa degradação do meio ambiente.

§ 3.º A CTNBio delibera, em última e definitiva instância, sobre os casos em que a atividade é potencial ou efetivamente causadora de degradação ambiental, bem como sobre a necessidade do licenciamento ambiental.

§ 4.º A emissão dos registros, das autorizações e do licenciamento ambiental referidos nesta Lei deverá ocorrer no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

§ 5.º A contagem do prazo previsto no § 4.º deste artigo será suspensa, por até 180 (cento e oitenta) dias, durante a elaboração, pelo requerente, dos estudos ou esclarecimentos necessários.

§ 6.º As autorizações e registros de que trata este artigo estarão vinculados à decisão técnica da CTNBio correspondente, sendo vedadas exigências técnicas que extrapolem as condições estabelecidas naquela decisão, nos aspectos relacionados à biossegurança.

§ 7.º Em caso de divergência quanto à decisão técnica da CTNBio sobre a liberação comercial de OGM e derivados, os órgãos e entidades de registro e fiscalização, no âmbito de suas competências, poderão apresentar recurso ao CNBS, no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação da decisão técnica da CTNBio.

## Capítulo V

### DA COMISSÃO INTERNA DE BIOSSEGURANÇA – CIBio

Art. 17. Toda instituição que utilizar técnicas e métodos de engenharia genética ou realizar pesquisas com OGM e seus derivados deverá criar uma Comissão Interna de Biossegurança – CIBio, além de indicar um técnico principal responsável para cada projeto específico.

Art. 18. Compete à CIBio, no âmbito da instituição onde constituída:

I – manter informados os trabalhadores e demais membros da coletividade, quando suscetíveis de serem afetados pela atividade, sobre as questões relacionadas com a saúde e a segurança, bem como sobre os procedimentos em caso de acidentes;

II – estabelecer programas preventivos e de inspeção para garantir o funcionamento das instalações sob sua responsabilidade, dentro dos padrões e normas de biossegurança, definidos pela CTNBio na regulamentação desta Lei;

III – encaminhar à CTNBio os documentos cuja relação será estabelecida na regulamentação desta Lei, para efeito de análise, registro ou autorização do órgão competente, quando couber;

IV – manter registro do acompanhamento individual de cada atividade ou projeto em desenvolvimento que envolvam OGM ou seus derivados;

V – notificar à CTNBio, aos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, e às entidades de trabalhadores o resultado de avaliações de risco a que estão submetidas as pessoas expostas, bem como qualquer acidente ou incidente que possa provocar a disseminação de agente biológico;

VI – investigar a ocorrência de acidentes e as enfermidades possivelmente relacionados a OGM e seus derivados e notificar suas conclusões e providências à CTNBio.

## Capítulo VI

### DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM BIOSSEGURANÇA – SIB

Art. 19. Fica criado, no âmbito do Ministério da Ciência e Tecnologia, o Sistema de Informações em Biossegurança – SIB, destinado à gestão das informações decorrentes das atividades de análise, autorização, registro, monitoramento e acompanhamento das atividades que envolvam OGM e seus derivados.

§ 1.º As disposições dos atos legais, regulamentares e administrativos que alterem, complementem ou produzam efeitos sobre a legislação de biossegurança de OGM e seus derivados deverão ser divulgadas no SIB concomitantemente com a entrada em vigor desses atos.

§ 2.º Os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, deverão alimentar o SIB com as informações relativas às atividades de que trata esta Lei, processadas no âmbito de sua competência.

## Capítulo VII

### DA RESPONSABILIDADE CIVIL E ADMINISTRATIVA

Art. 20. Sem prejuízo da aplicação das penas previstas nesta Lei, os responsáveis pelos danos ao meio ambiente e a terceiros responderão, solidariamente, por sua indenização ou reparação integral, independentemente da existência de culpa.

Art. 21. Considera-se infração administrativa toda ação ou omissão que viole as normas previstas nesta Lei e demais disposições legais pertinentes.

Parágrafo único. As infrações administrativas serão punidas na forma estabelecida no regulamento desta Lei, independentemente das medidas cautelares de apreensão de produtos, suspensão de venda de produto e embargos de atividades, com as seguintes sanções:

I – advertência;

II – multa;

III – apreensão de OGM e seus derivados;

IV – suspensão da venda de OGM e seus derivados;

V – embargo da atividade;

VI – interdição parcial ou total do estabelecimento, atividade ou empreendimento;

VII – suspensão de registro, licença ou autorização;

VIII – cancelamento de registro, licença ou autorização;

IX – perda ou restrição de incentivo e benefício fiscal concedidos pelo governo;

X – perda ou suspensão da participação em linha de financiamento em estabelecimento oficial de crédito;

XI – intervenção no estabelecimento;

XII – proibição de contratar com a administração pública, por período de até 5 (cinco) anos.

Art. 22. Compete aos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, definir critérios, valores e aplicar multas de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais), proporcionalmente à gravidade da infração.

§ 1.º As multas poderão ser aplicadas cumulativamente com as demais sanções previstas neste artigo.

§ 2.º No caso de reincidência, a multa será aplicada em dobro.

§ 3.º No caso de infração continuada, caracterizada pela permanência da ação ou omissão inicialmente punida, será a respectiva penalidade aplicada diariamente até cessar sua causa, sem prejuízo da paralisação imediata da atividade ou da interdição do laboratório ou da instituição ou empresa responsável.

Art. 23. As multas previstas nesta Lei serão aplicadas pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Saúde, do Meio Ambiente e da Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República, referidos no art. 16 desta Lei, de acordo com suas respectivas competências.

§ 1.º Os recursos arrecadados com a aplicação de multas serão destinados aos órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no artigo 16 desta Lei, que aplicarem a multa.

§ 2.º Os órgãos e entidades fiscalizadores da administração pública federal poderão celebrar convênios com os Estados, Distrito Federal e Municípios, para a execução de serviços relacionados à atividade de fiscalização prevista nesta Lei e poderão repassar-lhes parcela da receita obtida com a aplicação de multas.

§ 3.º A autoridade fiscalizadora encaminhará cópia do auto de infração à CTNBio.

§ 4.º Quando a infração constituir crime ou contravenção, ou lesão à Fazenda Pública ou ao consumidor, a autoridade fiscalizadora representará junto ao órgão competente para apuração das responsabilidades administrativa e penal.

## Capítulo VIII

### DOS CRIMES E DAS PENAS

Art. 24. Utilizar embrião humano em desacordo com o que dispõe o artigo 5.º desta Lei:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

Art. 25. Praticar engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano ou embrião humano:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

Art. 26. Realizar clonagem humana:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

Art. 27. Liberar ou descartar OGM no meio ambiente, em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1.º (*Vetado.*)

§ 2.º Agrava-se a pena:

I – de 1/6 (um sexto) a 1/3 (um terço), se resultar dano à propriedade alheia;

II – de 1/3 (um terço) até a metade, se resultar dano ao meio ambiente;

III – da metade até 2/3 (dois terços), se resultar lesão corporal de natureza grave em outrem;

IV – de 2/3 (dois terços) até o dobro, se resultar a morte de outrem.

Art. 28. Utilizar, comercializar, registrar, patentear e licenciar tecnologias genéticas de restrição do uso:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

Art. 29. Produzir, armazenar, transportar, comercializar, importar ou exportar OGM ou seus derivados, sem autorização ou em desacordo com as normas estabelecidas pela CTNBio e pelos órgãos e entidades de registro e fiscalização:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 2 (dois) anos, e multa.

## Capítulo IX

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 30. Os OGM que tenham obtido decisão técnica da CTNBio favorável a sua liberação comercial até a entrada em vigor desta Lei poderão ser registrados e comercializados, salvo manifestação contrária do CNBS, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação desta Lei.

Art. 31. A CTNBio e os órgãos e entidades de registro e fiscalização, referidos no art. 16 desta Lei, deverão rever suas deliberações de caráter normativo, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a fim de promover sua adequação às disposições desta Lei.

Art. 32. Permanecem em vigor os Certificados de Qualidade em Biossegurança, comunicados e decisões técnicas já emitidos pela CTNBio, bem como, no que não contrariarem o disposto nesta Lei, os atos normativos emitidos ao amparo da Lei n.º 8.974, de 5 de janeiro de 1995.

Art. 33. As instituições que desenvolverem atividades reguladas por esta Lei na data de sua publicação deverão adequar-se as suas disposições no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contado da publicação do decreto que a regulamentar.

Art. 34. Ficam convalidados e tornam-se permanentes os registros provisórios concedidos sob a égide da Lei n.º 10.814, de 15 de dezembro de 2003.

Art. 35. Ficam autorizadas a produção e a comercialização de sementes de cultivares de soja geneticamente modificadas tolerantes a glifosato registradas no Registro Nacional de Cultivares – RNC do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.

Art. 36. Fica autorizado o plantio de grãos de soja geneticamente modificada tolerante a glifosato, reservados pelos produtores rurais para uso próprio, na safra 2004/2005, sendo vedada a comercialização da produção como semente.

Parágrafo único. O Poder Executivo poderá prorrogar a autorização de que trata o *caput* deste artigo.

Art. 37. A descrição do Código 20 do Anexo VIII da Lei n.º 6.938, de 31 de agosto de 1981, acrescido pela Lei no 10.165, de 27 de dezembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

Código	Categoria	Descrição	Pp/gu
20	Uso de Recursos Naturais	Silvicultura; exploração econômica da madeira ou lenha e subprodutos florestais; importação ou exportação da fauna e flora nativas brasileiras; atividade de criação e exploração econômica de fauna exótica e de fauna silvestre; utilização do patrimônio genético natural; exploração de recursos aquáticos vivos; introdução de espécies exóticas, exceto para melhoramento genético vegetal e uso na agricultura; introdução de espécies geneticamente modificadas previamente identificadas pela CTNBio como potencialmente causadoras de significativa degradação do meio ambiente; uso da diversidade biológica pela biotecnologia em atividades previamente identificadas pela CTNBio como potencialmente causadoras de significativa degradação do meio ambiente.	Médio

Art. 38. (*Vetado.*)

Art. 39. Não se aplica aos OGM e seus derivados o disposto na Lei n.º 7.802, de 11 de julho de 1989, e suas alterações, exceto para os casos em que eles sejam desenvolvidos para servir de matéria-prima para a produção de agrotóxicos.

Art. 40. Os alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter informação nesse sentido em seus rótulos, conforme regulamento.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 42. Revogam-se a Lei n.º 8.974, de 5 de janeiro de 1995, a Medida Provisória n.º 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10 e 16 da Lei n.º 10.814, de 15 de dezembro de 2003.

## MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

### RESOLUÇÃO CNS N.º 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240.<sup>a</sup> Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;

Considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações;

Considerando as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano;

Considerando que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano;

Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948;

Considerando os documentos internacionais recentes, reflexo das grandes descobertas científicas e tecnológicas dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003; e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004;

Considerando a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre-iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento;

Considerando a legislação brasileira correlata e pertinente; e

Considerando o disposto na Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética, resolve:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

## I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução.

## II – DOS TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução adota as seguintes definições:

II.1 – achados da pesquisa – fatos ou informações encontrados pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes;

II.2 – assentimento livre e esclarecido – anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz,

livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;

II.3 – assistência ao participante da pesquisa:

II.3.1 – assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e

II.3.2 – assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

II.4 – benefícios da pesquisa – proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa;

II.5 – consentimento livre e esclarecido – anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar;

II.6 – dano associado ou decorrente da pesquisa – agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa;

II.7 – indenização – cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;

II.8 – instituição proponente de pesquisa – organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado;

II.9 – instituição coparticipante de pesquisa – organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;

II.10 – participante da pesquisa – indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência;

II.11 – patrocinador – pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional;

II.12 – pesquisa – processo formal e sistemático que visa à produção, ao avanço do conhecimento e/ou à obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico;

II.13 – pesquisa em reprodução humana – pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nesses estudos serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos dela;

II.14 – pesquisa envolvendo seres humanos – pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos;

II.15 – pesquisador – membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II.16 – pesquisador responsável – pessoa responsável pela coordenação da pesquisa e corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II.17 – protocolo de pesquisa – conjunto de documentos contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis;

II.18 – provimento material prévio – compensação material, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação do participante e seus acompanhantes, quando necessário, anterior à participação deste na pesquisa;

II.19 – relatório final – é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;

II.20 – relatório parcial – é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento;

II.21 – ressarcimento – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação;

II.22 – risco da pesquisa – possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente;

II.23 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar;

II.24 – Termo de Assentimento – documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais; e

II.25 – vulnerabilidade – estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

### III – DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

III.1 – A eticidade da pesquisa implica em:

a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e

d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

III.2 – As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

b) estar fundamentada em fatos científicos, experimentação prévia e/ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis;

e) utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa,

quantitativa ou quali-quantitativa;

f) se houver necessidade de distribuição aleatória dos participantes da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro, mediante revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

g) obter consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, inclusive nos casos das pesquisas que, por sua natureza, impliquem justificadamente, em consentimento *a posteriori*;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do participante da pesquisa, devendo o(s) pesquisador(es) possuir(em) capacidade profissional adequada para desenvolver sua função no projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos vulneráveis;

k) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades;

l) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

m) comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que estes puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados;

n) assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

o) assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, enquanto necessário, inclusive nas pesquisas de rastreamento;

p) comprovar, nas pesquisas conduzidas no exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacional, responsáveis pela pesquisa no Brasil. Os estudos patrocinados no exterior também deverão responder às necessidades de transferência de conhecimento e tecnologia para a equipe brasileira, quando aplicável e, ainda, no caso do desenvolvimento de novas drogas, se comprovadas sua segurança e eficácia, é obrigatório seu registro no Brasil;

q) utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento do participante;

r) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

s) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objeto fundamental da pesquisa;

t) garantir, para mulheres que se declarem expressamente isentas de risco de gravidez, quer por não exercerem práticas sexuais ou por as exercerem de forma não reprodutiva, o direito de participarem de pesquisas sem o uso obrigatório de

contraceptivos; e

u) ser descontinuada somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que a aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes.

III.3 – As pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no item III.2, deverão ainda:

a) estar fundamentadas na experimentação prévia, realizada em laboratórios, utilizando-se animais ou outros modelos experimentais e comprovação científica, quando pertinente;

b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento;

c) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa; e

d) assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes:

d.1) o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante.

#### IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

IV.1 – A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá:

a) buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade;

b) prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; e

c) conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

IV.2 – Superada a etapa inicial de esclarecimento, o pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada, deverá apresentar, ao convidado para participar da pesquisa, ou a seu representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

IV.3 – O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente:

a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável;

b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa;

c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa;

d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;

e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;

f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e

h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.4 – O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do previsto no item IV.3 supra, deve observar, obrigatoriamente, o seguinte:

a) explicitar, quando pertinente, os métodos terapêuticos alternativos existentes;

b) esclarecer, quando pertinente, sobre a possibilidade de inclusão do participante em grupo controle ou placebo, explicitando, claramente, o significado dessa possibilidade; e

c) não exigir do participante da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve conter ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao participante da pesquisa abrir mão de seus direitos, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

IV.5 – O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda:

a) conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4, este último se pertinente;

b) ser adaptado, pelo pesquisador responsável, nas pesquisas com cooperação estrangeira concebidas em âmbito internacional, às normas éticas e à cultura local, sempre com linguagem clara e acessível a todos e, em especial, aos participantes da pesquisa, tomando o especial cuidado para que seja de fácil leitura e compreensão;

c) ser aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente; e

d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente.

IV.6 – Nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se, também, observar:

a) em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, deverá haver justificativa clara de sua escolha, especificada no protocolo e aprovada pelo CEP, e pela CONEP, quando pertinente. Nestes casos deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações

passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica deverão atender aos seguintes requisitos:

c.1) documento comprobatório da morte encefálica;

c.2) consentimento explícito, diretiva antecipada da vontade da pessoa, ou consentimento dos familiares e/ou do representante legal;

c.3) respeito à dignidade do ser humano;

c.4) inexistência de ônus econômico-financeiro adicional à família;

c.5) inexistência de prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;

c.6) possibilidade de obter conhecimento científico relevante, ou novo, que não possa ser obtido de outra maneira;

d) que haja um canal de comunicação oficial do governo, que esclareça as dúvidas de forma acessível aos envolvidos nos projetos de pesquisa, igualmente, para os casos de diagnóstico com morte encefálica; e

e) em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, no caso de comunidades indígenas, na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente.

IV.7 – Na pesquisa que dependa de restrição de informações aos seus participantes, tal fato deverá ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP. Os dados obtidos a partir dos participantes da pesquisa não poderão ser usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido.

IV.8 – Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

## V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico.

V.1 – As pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) o risco se justifique pelo benefício esperado; e

b) no caso de pesquisas experimentais da área da saúde, o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual às alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 – São admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

V.3 – O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos,

ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

V.4 – Nas pesquisas na área da saúde, tão logo constatada a superioridade significativa de uma intervenção sobre outra(s) comparativa(s), o pesquisador deverá avaliar a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime.

V.5 – O Sistema CEP/CONEP deverá ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas.

V.6 – O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.

V.7 – Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

## VI – DO PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma BRASIL é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP.

## VII – DO SISTEMA CEP/CONEP

É integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP – compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de inter-relação, num trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil, de forma coordenada e descentralizada por meio de um processo de acreditação.

VII.1 – Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que, ao analisar e decidir, se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes.

VII.2 – Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos:

VII.2.1 – as instituições e/ou organizações nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos podem constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme suas necessidades e atendendo aos critérios normativos; e

VII.2.2 – na inexistência de um CEP na instituição proponente ou em caso de pesquisador sem vínculo institucional, caberá à CONEP a indicação de um CEP para proceder à análise da pesquisa dentre aqueles que apresentem melhores condições para monitorá-la.

VII.3 – A CONEP é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde/MS.

VII.4 – A revisão ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica.

VII.5 – Os membros integrantes do Sistema CEP/CONEP deverão ter, no exercício de suas funções, total independência na tomada das decisões, mantendo em caráter estritamente confidencial, as informações conhecidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa. Devem isentar-se da tomada de decisões quando envolvidos na pesquisa em análise.

VII.6 – Os membros dos CEP e da CONEP não poderão ser remunerados no desempenho de sua tarefa, podendo, apenas, receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo imprescindível que sejam dispensados, nos horários de seu trabalho nos CEP, ou na CONEP, de outras obrigações nas instituições e/ou organizações às quais prestam serviço, dado o caráter de relevância pública da função.

## VIII – DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) ATRIBUIÇÕES

VIII.1 – avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS, com base nos indicadores epidemiológicos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise;

VIII.2 – desempenhar papel consultivo e educativo em questões de ética; e

VIII.3 – elaborar seu Regimento Interno.

## IX – DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP)

### ATRIBUIÇÕES:

IX.1 – examinar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, como também a adequação e atualização das normas atinentes, podendo, para tanto, consultar a sociedade, sempre que julgar necessário;

IX.2 – estimular a participação popular nas iniciativas de Controle Social das Pesquisas com Seres Humanos, além da criação de CEP institucionais e de outras instâncias, sempre que tal criação possa significar o fortalecimento da proteção de participantes de pesquisa no Brasil;

IX.3 – registrar e supervisionar o funcionamento e cancelar o registro dos CEP que compõem o Sistema CEP/CONEP;

IX.4 – analisar os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise;

1. genética humana, quando o projeto envolver:

1.1. envio para o exterior de material genético ou qualquer material biológico humano para obtenção de material genético, salvo nos casos em que houver cooperação com o Governo Brasileiro;

1.2. armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com instituições estrangeiras ou em instituições comerciais;

1.3. alterações da estrutura genética de células humanas para utilização *in vivo*;

1.4. pesquisas na área da genética da reprodução humana (reprogenética);

1.5. pesquisas em genética do comportamento; e

- 1.6. pesquisas nas quais esteja prevista a dissociação irreversível dos dados dos participantes de pesquisa;
  2. reprodução humana: pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos delas. Caberá análise da CONEP quando o projeto envolver:
    - 2.1. reprodução assistida;
    - 2.2. manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto; e
    - 2.3. medicina fetal, quando envolver procedimentos invasivos;
  3. equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;
  4. novos procedimentos terapêuticos invasivos;
  5. estudos com populações indígenas;
  6. projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, nos âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte;
  7. protocolos de constituição e funcionamento de biobancos para fins de pesquisa;
  8. pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro; e
  9. projetos que, a critério do CEP e devidamente justificados, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;
- IX.5 – fortalecer a participação dos CEP por meio de um processo contínuo de capacitação, qualificação e acreditação;
- IX.6 – coordenar o processo de acreditação dos CEP, credenciando-os de acordo com níveis de competência que lhes possibilitem ser delegadas responsabilidades originárias da CONEP;
- IX.7 – analisar e monitorar, direta ou indiretamente, no prazo estipulado em normativa, os protocolos de pesquisa que envolvam necessidade de maior proteção em relação aos seus participantes, em especial os riscos envolvidos. Deve, nesse escopo, ser considerado sempre em primeiro plano o indivíduo e, de forma associada, os interesses nacionais no desenvolvimento científico e tecnológico, como base para determinação da relevância e oportunidade na realização dessas pesquisas;
- IX.8 – analisar e monitorar, direta ou indiretamente, protocolos de pesquisas com conflitos de interesse que dificultem ou inviabilizem a justa análise local;
- IX.9 – analisar, justificadamente, qualquer protocolo do Sistema CEP/CONEP, sempre que considere pertinente; e
- IX.10 – analisar, em caráter de urgência e com tramitação especial, protocolos de pesquisa que sejam de relevante interesse público, tais como os protocolos que contribuam para a saúde pública, a justiça e a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, mediante solicitação do Ministério da Saúde, ou de outro órgão da Administração Pública, ou ainda a critério da Plenária da CONEP/CNS.

## X – DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA

### X.1 – DA ANÁLISE ÉTICA DOS CEP DAS COMPETÊNCIAS:

1. compete ao CEP, após análise, emitir parecer devidamente motivado, no qual se apresente de forma clara, objetiva e detalhada, a decisão do colegiado, em prazo estipulado em norma operacional;
2. encaminhar, após análise fundamentada, os protocolos de competência da CONEP, observando de forma cuidadosa toda a

documentação que deve acompanhar esse encaminhamento, conforme norma operacional vigente, incluindo a comprovação detalhada de custos e fontes de financiamento necessários para a pesquisa;

3. incumbe, também, aos CEP:

a) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo;

b) acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa;

c) o CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por um período de 5 anos após o encerramento do estudo, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital;

d) receber denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do Termo de Consentimento;

e) requerer a instauração de apuração à direção da instituição e/ou organização, ou ao órgão público competente, em caso de conhecimento ou de denúncias de irregularidades nas pesquisas envolvendo seres humanos e, havendo comprovação, ou se pertinente, comunicar o fato à CONEP e, no que couber, a outras instâncias; e

f) manter comunicação regular e permanente com a CONEP, por meio de sua Secretaria Executiva.

#### X.2 – DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA DA CONEP:

1. compete à CONEP, dentro do prazo a ser estipulado em Norma Operacional, emitir parecer devidamente motivado, com análise clara, objetiva e detalhada de todos os elementos e documentos do projeto;

2. compete, também, à CONEP, o monitoramento, direto ou indireto, dos protocolos de pesquisa de sua competência; e

3. aplica-se à CONEP, nas hipóteses em que funciona como CEP, as disposições sobre Procedimentos de Análise Ética dos CEP.

#### X.3 – DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS CEP E À CONEP:

1. os membros do CEP/CONEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como da tomada de decisão, quando envolvidos na pesquisa;

2. os CEP e a CONEP poderão contar com consultores *ad hoc*, pessoas pertencentes, ou não, à instituição/organização, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

3. pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada;

4. considera-se antiética a pesquisa aprovada que for descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP ou pela CONEP;

5. a revisão do CEP culminará em seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

a) aprovado;

b) pendente: quando o CEP considera necessária a correção do protocolo apresentado, e solicita revisão específica, modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em prazo estipulado em norma operacional; e

c) não aprovado;

6. o CEP poderá, se entender oportuno e conveniente, no curso da revisão ética, solicitar informações, documentos e outros, necessários ao perfeito esclarecimento das questões, ficando suspenso o procedimento até a vinda dos elementos solicitados;

7. das decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP e/ou à CONEP, no prazo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

8. os CEP e a CONEP deverão determinar o arquivamento do protocolo de pesquisa nos casos em que o pesquisador responsável não atender, no prazo assinalado, às solicitações que lhe foram feitas. Poderão ainda considerar o protocolo retirado, quando solicitado pelo pesquisador responsável;

9. uma vez aprovado o projeto, o CEP, ou a CONEP, nas hipóteses em que atua como CEP ou no exercício de sua competência originária, passa a ser corresponsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa; e

10. consideram-se autorizados para execução os projetos aprovados pelos CEP, ou pela CONEP, nas hipóteses em que atua originariamente como CEP ou no exercício de suas competências.

## XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 – Cabe ao pesquisador:

a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

## XII – OUTRAS DISPOSIÇÕES

XII.1 – Cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os dispositivos desta Resolução, deve cumprir as exigências setoriais e regulamentações específicas.

XII.2 – As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP.

XII.3 – A presente Resolução, por sua própria natureza, demanda revisões periódicas, conforme necessidades das áreas ética, científica e tecnológica.

## XIII – DAS RESOLUÇÕES E DAS NORMAS ESPECÍFICAS

XIII.1 – O procedimento de avaliação dos protocolos de pesquisa, bem como os aspectos específicos do registro, como concessão, renovação ou cancelamento e, também, da acreditação de Comitês de Ética em Pesquisa serão regulamentados por Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

XIII.2 – O processo de acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP será tratado em Resolução do CNS.

XIII.3 – As especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas serão contempladas em resolução complementar, dadas suas particularidades.

XIII.4 – As especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução complementar específica.

XIII.5 – Os aspectos procedimentais e administrativos do Sistema CEP/CONEP serão tratados em Norma Operacional do CNS.

XIII.6 – A tipificação e gradação do risco nas diferentes metodologias de pesquisa serão definidas em norma própria, pelo Conselho Nacional de Saúde.

#### XIV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Ficam revogadas as Resoluções CNS n.ºs 196/96, 303/2000 e 404/2008.

Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Presidente do Conselho

Homologo a Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

### **Código de Ética Médica**

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

*É vedado ao médico:*

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

*É vedado ao médico:*

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica,

satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

## 17.1. INTRODUÇÃO

O homem será sempre a realidade primeira, origem e fim de qualquer sociedade organizada. A vida humana é, portanto, o bem mais fundamental, e o estado garante essa integridade como um interesse acima de todos os outros. É a forma mais racional de garantir a sua existência e perpetuidade.

Essa proteção não visa apenas ao interesse do próprio indivíduo, mas, antes de tudo, ao interesse ético-político da coletividade. Assim, desde o momento da fecundação, com a formação do ovo pela união dos gametas masculino e feminino, começa o estado a resguardar essa vida, com o rigor da sanção punitiva. O bem jurídico protegido é a vida humana, em qualquer circunstância e em qualquer fase de seu desenvolvimento. Aqui, o conceito de vida é eminentemente biológico e não jurídico-civil. É, portanto, a vida o estado em que se encontra o ser humano animado, quaisquer que sejam suas condições físicas e psíquicas.

Dessa maneira, toda ameaça à integridade física ou à saúde do homem, como, por exemplo, uma experimentação científica, é, indiscutivelmente, um ato ilícito, mesmo que haja voluntariedade nessa permissão.

A pesquisa em seres humanos é tão antiga quanto a medicina, pelo seu caráter especulativo e observador, e continuará sempre pela necessidade de avançar em novos processos diagnósticos, terapêuticos e preventivos.

Já no Cânones da Medicina, escrito pelos chineses 200 anos a.C., e no Juramento Hindu de Iniciação, havia referências ao assunto, embora muito vagamente. A experimentação científica foi mencionada de forma bem precisa, pela primeira vez, no juramento da *Escola Médica de Berlim*.

Em 1946, a Associação Médica Americana, através do Comitê Médico Americano para Experiência de Guerra, estabelece três princípios que deveriam ser levados em conta nas pesquisas com seres humanos:

1. consentimento voluntário do experimentado;
2. conhecimento prévio dos riscos da pesquisa em animais;

3. execução, proteção e acompanhamento médico na experimentação.

Mas foi no Código de Nüremberg, editado em 1947, por ocasião do julgamento de criminosos de guerra nazistas, que se teve um conjunto de normas e procedimentos éticos sobre pesquisa em seres humanos.

Em 1949, a Associação Médica Mundial edita o Código Internacional de Ética Médica, trazendo apenas num dos seus enunciados que “qualquer ato ou conselho que possa enfraquecer física ou moralmente a resistência do ser humano só poderá ser admitido em seu próprio benefício”. Embora seja esse Código omissivo na disciplina da experimentação científica, uma coisa ficou definida: a pesquisa tem sua licitude garantida quando é feita em favor do experimentado.

Somente em 1964, durante a 18.<sup>a</sup> Assembleia da Associação Médica Mundial, adotou-se a Declaração de Helsinque, na qual aprovava-se um conjunto de normas éticas que disciplina a pesquisa, apontando diferenças entre a experimentação clínica combinada com o tratamento e a pesquisa clínica não terapêutica. Há muitos pontos de divergência com o Código de Nüremberg.

Hoje, o documento básico sobre ética na pesquisa científica em seres humanos é a Declaração de Helsinque II, adotada em 1975, em Tóquio, onde foram incluídas algumas cláusulas, entre as quais a de o protocolo experimental ser aprovado por uma comissão independente, de o protocolo conter fundamentos éticos e referências à obediência aos princípios dos termos originais da Declaração de Helsinque e de não aceitação de publicação em revistas científicas quando em desacordo com a nova versão dessa Declaração.

Mais recentemente, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996, estabeleceu, no item destinado aos aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, que qualquer experimentação nesse particular deve ter em conta o critério de respeito à sua dignidade e a proteção de seus direitos e bem-estar (ver final deste Capítulo).

## 17.2. ASPECTOS LEGAIS

Quando a experiência é ilícita, nosso Código disciplina em espécie própria, caracterizada pela situação de perigo a que expõe um indivíduo. Para ser configurado o delito, basta a ação ou omissão que leve a uma circunstância objetiva de probabilidade de dano à integridade do ser humano.

Portanto, não há necessidade de que se realize o dano, pois por essa situação responderia o agente por crime mais grave, como, por exemplo, de lesões corporais de natureza grave ou gravíssima, ou homicídio. Basta apenas a consciência de que determinada prática pode levar a vítima a perigo grave e iminente.

Diante disso, é fácil entender-se que o crime é eminentemente de perigo, e, desde que o indivíduo esteja em risco de sofrer um dano, aí está consumada a infração. Destarte, não há por que negar que a experimentação científica especulativa *in anima nobili* constitui-se, inegavelmente, no crime de periclitamento da vida e da saúde, pois foi criada uma situação de perigo para a incolumidade pessoal do experimentado.

É princípio indiscutível e consagrado que o corpo humano é inviolável e inalienável. É *res sacra*.

Mesmo sendo a Medicina uma ciência viva e dinâmica, não é ela um valor absoluto ao qual todos os outros devam estar sistematicamente subordinados. Começa ela a encontrar objeções quando surgem as prerrogativas que amparam e protegem a dignidade humana. Seu progresso conseguido através de experimentações no homem não justifica para a humanidade o sacrifício de uma só criatura. É preferível correr o risco da demora do que precipitar-se na pressa e na audácia, que são muitas vezes a tentação da

glória e da fama, muito mais no interesse de quem realiza do que propriamente de quem está sendo experimentado.

A Moral e o Direito não são freios às conquistas da ciência, mas, neste caso, uma forma conciliatória de harmonizar o progresso tecnológico e científico com os interesses do indivíduo e da comunidade.

O homem não é dono absoluto do seu próprio corpo. É apenas um administrador de sua vida, realizando seu destino, com direito a usufruir de sua existência. Não tem o direito ilimitado de autorizar uma prática lesiva contra si. Também não é lícito e admissível o cientista fazer experimentação em si próprio. O homem dispõe de um direito relativo sobre seu corpo.

Aceita-se a licitude da experimentação quando ela responde unicamente ao interesse do próprio experimentado. Qualquer pesquisa científica sobre um paciente sem as considerações desse interesse é, indubitavelmente, condenável. O médico não pode usar seu paciente como simples material de estudo. Se o homem tem sobre seu corpo um direito limitado, muito mais limitado é o direito do médico, cuja missão é preservar a vida até onde suas forças e sua ciência o permitam.

Toda experimentação deve ter um fim essencialmente terapêutico, e por isso não se pode considerar prática honesta o uso de pessoas humanas com o único objetivo de pesquisar.

Não se pode negar que a coletividade esteja diretamente interessada no progresso das ciências, e que todos devem colocar à disposição da pesquisa científica os meios que lhe são indispensáveis. No entanto, é necessário saber sempre se esse interesse não se sobrepõe aos inconvenientes que certamente tais experiências podem trazer ao homem. Mesmo que a sociedade venha a ter interesse sobre determinada pesquisa experimental, não se justifica tal procedimento. Devem-se criar situações em que se equilibrem os interesses da coletividade e do indivíduo em si mesmo.

As vantagens que possam advir para um agregado humano não se constituem em liceidade, nem se apresentam como corolário indispensável à justificativa de uma experimentação.

Muitas vezes, um ato de generosidade parece, de princípio, plenamente aceitável porque, ao lado da profunda abnegação pelo semelhante, poderia, inclusive, revestir-se de certo heroísmo. Ainda assim, esse consentimento não garante a legitimidade da operação, pois a vontade individual não pode prevalecer sobre o interesse de todos, cujas diretrizes foram traçadas dentro de um critério ajustável à ordem pública e ao interesse social.

A despeito disso, sabe-se que nenhuma regra é absoluta. Assim, administrar, pela primeira vez, um novo medicamento, ou uma técnica cirúrgica nova em primeira mão, numa pessoa à beira da morte, quando todos os recursos convencionais foram exauridos, não pode ser considerado como simples experiência, mas um meio extremo, na tentativa de salvar uma vida. Se essas práticas fossem consideradas sempre ilícitas, o progresso da ciência médica estaria irremediavelmente prejudicado. É necessário, portanto, que se estabeleça um limite entre uma simples experimentação e uma conduta heroica de arrastar alguém da morte.

Entre a experiência puramente científica e a tentativa arriscada de salvar um homem por um processo ainda não utilizado, quando todos os outros se mostram impotentes, existe uma grande diferença, embora a técnica e a ciência possam tirar proveito de tais situações. Num certo sentido, pode-se afirmar que a Medicina, como algumas ciências, é amoral, mas cabe ao médico conduzir sua arte e sua ciência dentro de um critério justo, puro e nobre.

Fazer uso de uma droga em um caso de câncer considerado incurável, onde todos os meios convencionais foram utilizados, é completamente diferente das tristes e reprováveis experiências nazistas de 1938-1945 na Alemanha. Entre as pesquisas de Pasteur e as realizadas deploravelmente em indefesos prisioneiros nos campos de concentração nazistas, existe uma tremenda e cruel diferença.

Mesmo nas clínicas universitárias, onde o internado não é apenas um doente, mas a motivação do ensino prático da Medicina aos estudantes, devem-se usar sempre a conduta mais acertada e a terapêutica mais eficaz. Jamais poderíamos admitir que tais clínicas subordinassem o interesse terapêutico dos doentes aos interesses didáticos e científicos. Esses pacientes não podem ser, em hipótese alguma, simples instrumento de experimentação.

O Código Internacional de Ética Médica, adotado pela 3.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, estabeleceu no Título “Deveres dos Médicos em Geral” que: “Qualquer ato ou conselho que possa diminuir a resistência do ser humano só pode ser admitido em seu próprio interesse”.

Na Declaração de Helsinque, a Associação Médica Mundial adotou, pela 18.<sup>a</sup> Assembleia Médica Mundial, um guia de recomendações em pesquisa clínica, onde, no item 2.1, lê-se: “No tratamento de uma pessoa doente, terá o médico liberdade para usar uma nova medida terapêutica se, a seu ver, oferece ela a esperança de salvar a vida, restabelecendo a saúde ou aliviando o sofrimento”.

Também na Declaração de Genebra está prescrito: “Manterei o mais alto respeito pela vida humana desde a concepção”.

Em 1947, em Paris, no I Congresso da Associação Médica Mundial, foi proposto por Charles Richet, e aprovado por unanimidade, que se acrescentasse ao *Juramento de Hipócrates*: “Meu dever, superior a qualquer outro, escrito ou não escrito, será cuidar o melhor possível de quem me for confiado ou que se confiar a mim; respeitar sua liberdade moral, opor-me a toda sevícia que queiram praticar nele e recusar meu concurso a qualquer autoridade que, para esse fim, me pedir que atue, quer esse doente seja meu amigo ou meu inimigo, mesmo em tempo de guerra ou de perturbações internas. Sejam quais forem suas opiniões, sua raça, seu partido, sua classe social, sua pátria, sua religião, meus cuidados e minha preocupação pela dignidade humana serão os mesmos”.

Essa iniciativa foi motivada pelas terríveis experiências praticadas por médicos alemães nos campos de concentração nazistas, durante a II Guerra Mundial, onde, através de falsas e pretensas pesquisas, cujos resultados nada acrescentaram à ciência e que enchiam de pasmo e horror o mundo inteiro, foram sacrificadas inúmeras vidas, inoculando-se tifo e câncer nos pacientes, provocando-se queimaduras de 1.<sup>o</sup> e 2.<sup>o</sup> graus com compostos de fósforo, ministrando-se doses de substâncias tóxicas, esterilizando-se em larga escala, amarrando-se as pernas das mulheres na hora de parir, entre outras atrocidades.

Tais fatos até hoje vivem a inquietar a consciência de todos, porque um povo de tão grandes tradições e de tão sólida cultura aceitou, passivamente, práticas dessa natureza. A única explicação plausível é a de terem acertado, pouco apouco, pequenas experiências no homem, com a ingênua e pretensiosa ideia de se criar uma raça superior.

A melhor maneira de evitar que se chegue a uma situação idêntica àquela é sermos radicalmente contrários a toda e qualquer espécie de experimentação científica no ser humano, a não ser que essa prática seja em seu próprio e vital interesse. Uma pesquisa é indiscutivelmente lícita desde que realizada, como último recurso, num doente onde a terapêutica convencional tenha falhado.

Fato notório que não pode ser esquecido é o de Neisser. Encontrando uma criança à morte por escrofulose, inoculou gonococos por via venosa. O pequeno paciente não morreu, mas adquiriu, em consequência, blenorragia. O tribunal de Breslau condenou o experimentador à multa e à pena de detenção, pela prática de experimentação humana.

Ao contrário, considera-se louvável a experiência de Pasteur. Estudava a vacina antirrábica em animais e, ao encontrar um pequeno pastor mordido por um cão raivoso, não hesitou em aplicá-la pela primeira vez no ser humano, tendo a felicidade de salvá-lo. Foi uma prática lícita, pois visou à saúde do enfermo.

Seja como for, apenas como único recurso terapêutico, ou se com a finalidade curativa em benefício do paciente, pode-se admitir a liceidade da experimentação. Jamais com o caráter simplesmente especulativo.

Ninguém tem o direito de permitir, nem tampouco exigir, que alguém se submeta a pesquisas científicas, quando essas práticas, por si sós, acarretam danos à vida e à saúde.

Concluindo, podemos afirmar que absolutamente nada justifica a experiência especulativa no homem. Nem o progresso da técnica, nem o da ciência, nem a voluntariedade da pessoa, nem o bem da coletividade, a não ser que exista uma perspectiva curativa em favor do experimentado.

### **17.3. DIREITO À INTEGRIDADE BIOLÓGICA**

A partir do momento em que se tornaram mais e mais viáveis certas manipulações no campo das ciências biológicas, necessita-se de uma reformulação ou de uma adaptação às ciências do comportamento. É preciso balizar esse “mundo novo” na dimensão que merece a dignidade de cada homem e de cada mulher, e dizer ao mais afoito que ele não é onipotente e que suas investidas são moralmente perturbadoras.

Aqui trataremos não só do direito à integridade física e moral assegurado constitucionalmente a cada ser humano – como o de não sofrer sevícias e torturas, ou de não ser submetido a outras formas de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante –, mas, principalmente, do direito de ser protegido contra as manipulações biológicas de interesses condenáveis, como as experiências especulativas e as manobras reprováveis em torno da reprodução humana.

Incontestável é que as descobertas científicas mais recentes e o extraordinário progresso da tecnologia aumentam, dia a dia, o poder do homem sobre a natureza. Mas não se pode esquecer que crescem, ao lado disso, os perigos da destruição da vida. Desse modo, é preciso deixar nossa consciência em vigília permanente ao descompasso entre o bem e o mal, segundo os padrões éticos e morais da civilização a que pertencemos, para que a natureza humana jamais possa ser desvirtuada.

Há muito tempo que se vem perguntando: o corpo do homem pode ser objeto da manipulação biológica indiscriminada? Qual o limite do cientificamente possível e do eticamente válido? A moral hodierna e o direito constituído são claros para assegurarem o uso devido das inovações da moderna biotecnologia? Quem vai controlar o manipulador?

Para se ter respostas imediatas a tantas questões, seria indispensável um entendimento muito transparente e definitivo, pelo menos, para alguns problemas como o destino dos embriões congelados após o uso da reprodução chamada assistida; a decisão sobre regime de filiação e da sucessão na heteroprocriação assistida; a licitude da clonagem com a produção de indivíduos iguais e em série; a possibilidade da gravidez masculina, da fecundação entre gametas humanos e animais e da gestação de embriões humanos por animais; a modificação intencional do código genético humano para formação de um indivíduo “melhorado”; entre outros.

O fato é que, se de um lado ninguém nega as vantagens do progresso técnico-científico no terreno da biologia, despertando esperanças entre os que padecem de perturbações causadas pelas desordens genéticas, por outro, há exigência da proteção dos valores que consagram a dignidade da pessoa humana e a imperiosidade da preservação da vida humana. O valor da vida é tão grande que a cultura humana tenta preservá-la até mesmo nos momentos mais precários e excepcionais, como, por exemplo, nos conflitos internacionais, na hora em que o direito da força se instala e quando tudo é paradoxal e inconcebível. Ainda assim o bem da vida é de tal magnitude que a intuição humana tenta protegê-la contra

a insânia coletiva, criando-se regras que impeçam sacrifícios inúteis. Todos se empenham no reencontro da mais indeclinável de suas normas: o respeito pela vida humana.

A primeira coisa a ser considerada, portanto, no que se refere ao direito à integridade biológica, é que essas intervenções ocorrem sobre o homem e que elas podem afetar não apenas seu corpo, mas sua dignidade. Não se trata, pois, de uma simples questão moral ou de uma opinião política, senão da preservação do próprio homem, no seu contexto mais amplo. O perigo está, por isso, mais para diante, em se estender o conceito utilitarista de pessoa que hoje já exclui os nascituros e os pacientes terminais, ou estimular a “coisificação” do corpo humano, divorciando o conceito de pessoa de sua estrutura corporal, ou estimulando qualificações entre o indivíduo da espécie humana e pessoa.

Assim, a intervenção indiscriminada e eminentemente especulativa à integridade biológica do ser humano, principalmente no que se refere à manipulação genética, constitui atentado à espécie humana e à dignidade da pessoa concreta, principalmente se isso é capaz de alterar a descendência, estimular a coletivização e descaracterizar a pessoa como pessoa. Há certas áreas da pesquisa, entre elas a da pesquisa genética em fetos e embriões, que não receberam ainda um cuidado mais imediato nos seus aspectos éticos e legais, certamente porque são seres humanos não considerados como pessoas.

Existe uma considerável demanda de situações novas a exigir do Direito respostas e soluções nesses intrincados assuntos da biotecnologia. Mesmo sabendo-se que tais temas pertencem a um acervo muito recente do conhecimento humano, essa contribuição será insuprível na regulamentação das técnicas e no destino das aplicações às necessidades da população, e que existe uma tradição na nossa ordenação jurídica em questões dessa ordem, quase a garantir a autonomia dos que promovem programas mais sofisticados. A tradição é legislar a partir de uma noção consensual e insuspeita, e não sobre o que deriva das necessidades mais prementes.

Pelo menos no que tange à reprodução assistida, será necessário que se criem normas de bioética precisas e uma política de controle sobre as intervenções genéticas, evitando os tribunais paralelos da eugenia, como já se vem fazendo no “controle da qualidade dos bebês”, através do exame no líquido amniótico, descartando-se os fetos de “má qualidade” ou eliminando os considerados “fora de padrão”, por meio do chamado aborto eugênico.

Espera-se que o Congresso Nacional aprove lei, a exemplo de outros países, sobre ética e segurança de experimentos biológicos, com regras definidas e proibições abrangentes a respeito de patentes de genes; terapias genéticas e alterações gênicas em animais que lhes causem sofrimentos ou defeitos orgânicos; manipulação, produção e conservação de embriões humanos; patenteamento de sequências do DNA; modificação do material genético de pessoas vivas, com exceção para o tratamento de doenças; e liberação na natureza de partículas do DNA ou organismos geneticamente transformados capazes de vida livre independente.

Estamos sob a égide de uma Constituição que orienta o estado no sentido da “dignidade da pessoa humana”, tendo como normas a promoção do bem comum, a garantia da integridade física e moral do cidadão e a proteção incondicional do direito à vida. Torna-se evidente a necessidade do controle das manipulações biológicas, com normas específicas, como fator indispensável na manutenção da ordem pública e do equilíbrio social. Seu fim precípua é a criação de meios e condições para que as pessoas sejam protegidas em todos os seus valores e que elas possam desenvolver plenamente todas as suas aptidões e ocuparem o lugar que está destinado a cada um de nós. Mesmo que as ciências biológicas sejam uma área do conhecimento viva e dinâmica, não são valores absolutos a que todos os outros devam estar sistematicamente subordinados. Começam eles a merecer objeções quando comprometem o indivíduo ou os interesses de ordem social. Essa proteção, portanto, não visa apenas à defesa da própria

pessoa, mas, antes de tudo, ao interesse ético-político da coletividade. Qualquer ameaça à integridade física ou à saúde de um único homem numa intervenção especulativa é, indubitavelmente, um ato de *lesa-humanidade*, um atentado contra todos os homens.

## **17.4. A ÉTICA E A CIÊNCIA**

A humanidade vive uma crise que remonta os valores e conceitos que ela tem sobre si mesma. É a crise da identidade do homem e do seu relacionamento com a realidade. A ideia de que o ser humano é a medida de todas as coisas começa a perder o seu sentido nos dias de hoje.

Uma das razões desta mudança certamente está no fato de que a ciência e a tecnologia conseguiram modelar um tipo de relacionamento entre o homem e a natureza, marcado pelo descompasso entre as ciências naturais e as ciências humanas. E tudo isto tem um sentido: a incorporação da cultura pelo capital que, entre outros, dita um código de propriedade e protege o direito de patente.

A primeira advertência que se conhece a este respeito partiu da Organização das Nações Unidas em 1975, através do documento chamado *Declaração sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e em Benefício da Humanidade*, onde se exalta o progresso como forma de melhorar as condições de vida dos povos e das nações, mas chama atenção para os seus perigos, principalmente no que se refere aos direitos humanos e às liberdades fundamentais dos indivíduos.

Ninguém discute que a ciência e a tecnologia constituam na atualidade a principal força produtiva da sociedade. Nem podemos deixar de reconhecer que a não tecnologia é uma atitude antiética. Portanto, o que se discute não é a tecnologia em si, mas sua tirania, seu monopólio na construção da convivência humana. Até podemos necessitar dela, porém sem o seu caráter de dominação e de hegemonia. Enfim, o importante será mantermos sempre uma reflexão ética ajustada aos novos paradigmas científicos sem o racionalismo utilitarista que se utiliza a sociedade consumista.

A ciência necessita conviver dentro de uma ordem ditada pela deontologia e moldada em regras de conduta que balizem os deveres e obrigações dos seus agentes, principalmente quando esta nova ordem permitiu uma mudança nunca imaginável. Assim, este formidável avanço, mesmo significativo pelos grandes resultados, não poderia passar sem uma análise mais cuidadosa, sempre no sentido de preservar os interesses do progresso e a dignidade humana.

### **17.4.1. A tecnologia biomédica e o princípio da equidade**

Os avanços biotecnológicos podem ser classificados em três categorias: 1. os que permitem a cura das doenças a custo moderado; 2. os que facilitam e fazem prevenir as doenças e a promoção da saúde com pouco gasto; 3. os que permitem manter a saúde e uma qualidade de vida aceitável, porém para sua manutenção necessitam grandes investimentos materiais e humanos.

Este último tipo de avanço tecnológico é o que cria os maiores dilemas frente à necessidade de progredir tecnologicamente e de avançar em termos de saúde. Além do mais é necessário entender que o fato de determinado procedimento ser tecnicamente consagrado não implica necessariamente, de forma absoluta, que seja eticamente certo. Assim, o ato médico disponível pode ser visto por dois aspectos: o do procedimento correto e o da retidão moral.

Ninguém nega que as ciências da saúde associadas à tecnologia têm oportunidades maiores de diagnosticar e curar pela sua precisão, mesmo levando-se em conta o seu alto custo e o seu risco cada

vez maior. A prática atual das ações de saúde mostra que já nos deparamos com terríveis conflitos éticos quando se discute a transplantação de massa e as modernas técnicas de imagem que, apesar dos invariáveis resultados, seus elevados custos limitam a assistência de um número considerável de outros indivíduos que necessitam de diagnóstico e de tratamento.

Salta à vista de todos o emprego abusivo dos meios tecnológicos na prática médica hodierna, quando muitos ainda ignoram a utilidade e os resultados das provas que solicitam. Some-se a isso a omissão do profissional na participação crítica do processo de transformação que se verifica em seu derredor.

Vivemos tempos em que se depende de forma crescente da ciência e da tecnologia, seja nos processos de produção, de educação e de comunicação e transporte, seja no campo das ciências da saúde. Verdade se diga, muitas têm sido as contribuições que se conquistam no sentido de aumentar a esperança de vida. Todavia, na esteira desta melhoria das condições de vida surgem alguns problemas e riscos que exigem uma reflexão mais demorada. Assim, não é mistério o perigo da contaminação, a deterioração do meio ambiente, o empobrecimento da flora e da fauna, os acidentes e as doenças relacionadas à tecnologia.

A ciência e a tecnologia são instrumentos irrecusáveis na transformação do nosso mundo, das nossas relações e dos nossos costumes. No entanto, não são fatores que apenas por si justifiquem os meios. O perigo do avanço da tecnologia no campo biomédico é perdermos a dimensão das pessoas como seres humanos e descaracterizarmos a medicina como arte.

O grande problema é não usar a ciência e a tecnologia nos segredos da vida como quem age num jogo de azar, como dizia Hans Jonas (*El principio de la responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona: Herder, 1995). Quando se reporta, por exemplo, à manipulação genética, faz as seguintes indagações: Estamos qualificados para essa tarefa? Quem serão os escultores da nova imagem do homem? Segundo que critérios? Obedecendo a que modelos? Teremos o direito de alterar nosso patrimônio genético? Finalmente, adverte: “Ante o potencial quase escatológico de nossa tecnologia, a ignorância sobre as últimas consequências de nossos atos será em si mesma razão suficiente para uma moderação responsável”.

#### **17.4.2. Tecnologia biomédica e relação médico-paciente**

Miguel Unamunu (*La vida literaria*, Madrid: Espasa-Calpe, 1977) definiu o paciente como “um ser humano, de carne e osso, que sofre, ama, pensa e sonha”. Nem sempre nos lembramos do que é justo e necessário.

Não podemos omitir o fato de as ciências da saúde terem tomado rumos diferentes das ciências de antigamente. Uma verdadeira multidão de acontecimentos e situações começa a se verificar em nosso derredor como contingência da modernização de meios e de pensamentos. Não estamos mais na época em que o profissional de saúde exercia, de forma quase solitária e espiritual, uma atividade junto a quem pessoalmente conhecia.

Este extraordinário e excitante progresso obrigou o profissional de saúde a enfrentar situações novas, algumas delas até em conflito com seu compromisso histórico. Situações jamais imagináveis começam a compor a rotina comum da prática médica, como os transplantes de órgãos e tecidos, a fertilização assistida, o descarte de embriões e o próprio uso da cartografia do gene humano. E do desdobramento disso, a necessidade de se criar limites de regras éticas, colocando cada coisa no seu devido lugar: de um lado, a necessidade de se propiciar condições de vida e de saúde cada vez melhor; de outro, a preocupação de não se descuidar da dignidade humana.

A Medicina-Arte, por exemplo, agoniza nas mãos da Medicina-Técnica. A erudição médica vai sendo substituída por uma sólida estrutura instrumental. O médico de família morreu. Deu lugar ao técnico altamente especializado, que trabalha de forma fria e impessoal, voltado quase que exclusivamente para esses meios extraordinários que a tecnologia do momento pode oferecer. Surge o profissional de plantão, ou de turno.

### **17.4.3. A educação médica e a tecnologia**

O ensino das profissões de saúde têm profundas implicações com a tecnologia moderna, e as escolas que formam estes assumem um grande papel neste particular, em virtude da possibilidade de que dispõem os hospitais universitários em termos de diagnósticos e procedimentos.

Por incrível que pareça, no campo didático, os fundamentos da semiologia são empanados pelas máquinas de tratamento e diagnóstico. Este cientificismo exagerado das práticas didáticas, desvinculado da arte propedêutica, cria uma relação estranha entre o médico e o paciente, pois o que se verifica é muito mais uma relação entre o profissional e o equipamento.

Entende-se que, nas ciências da saúde, formar um profissional não é apenas um processo de ensino, mas é também um processo de relações de ensino. No primeiro tem-se um cronograma de metas de meios e condutas na sua formação profissional. Já o processo de relações de ensino é uma filosofia que reflete sobre vínculos entre professores e alunos com vistas ao papel que cada novo profissional desempenhará em favor da sociedade.

Dentro desta concepção, a opção por uma “medicina armada” leva de forma inexorável à criação de uma “formação médica tecnológica”. A educação médica, notadamente nos hospitais universitários, assimilam propostas que servem muito mais às empresas e fabricantes de modernos aparelhos do que à criação de um modelo de serviços e estratégias em favor dos níveis de vida e de saúde dos indivíduos e das populações.

A partir dos anos 80 verificou-se entre nós um movimento articulado principalmente pelas associações de docentes médicos no sentido de promover reformas educacionais nas escolas médicas. Tais reformas teriam como justificativa a própria reorganização da prática médica em face das modificações que chegavam da prática em saúde individual e coletiva.

A OPAS, em 1992, junto com as associações nacionais de educação médica latino-americanas, apontou em um documento de referência intitulado *As mudanças na profissão médica e sua influência sobre a educação médica* severas críticas à incorporação tecnológica indiscriminada, nos seguintes termos: a) há necessidade de gerar um novo modelo científico, biomédico e social que projete e fundamente um novo paradigma educacional em função do indivíduo e da sociedade; b) há necessidade de um novo sistema de valores que transcenda a influência da mudança da prática, reconstrua a ética do exercício profissional e garanta a função social do atendimento às necessidades de saúde da população; c) há vantagens no desenvolvimento de trabalho interdisciplinar e de metodologias problematizadoras.

Em suma, todo este esforço na conquista dos meios tecnológicos só se justifica se eles servirem para desenvolver nos futuros médicos uma compreensão não apenas do que é mais moderno e avançado, senão também uma estratégia capaz de estabelecer uma relação médico-paciente e médico-família dentro de padrões éticos, técnicos e humanísticos legítimos e adequados a cada realidade. Ou seja, formar profissionais mais solidários, críticos e criativos, capazes de utilizarem os meios tecnológicos disponíveis politicamente, subordinando o desenvolvimento tecnológico aos interesses e necessidades da saúde da população e do exercício digno, responsável e de qualidade.

Não é exagero dizer, portanto, que a saúde e a doença, como fenômenos puramente sociais, exigem soluções políticas. Reclama-se do médico uma saída imediata em busca de uma conscientização crítica, no sentido de não perder seu direito de decisão. Ele não pode permanecer na periferia das doenças. Tem de reduzir seu poder sobre o indivíduo e ampliar sua capacidade de intervenção sobre o meio. Assim, as regras éticas contemporâneas, mesmo sem se distanciarem das influências hipocráticas, serão necessariamente incorporadas às ideias oriundas de muitos anos de exercício profissional, de sentidas reflexões e de duros confrontos.

Fica muito difícil justificar uma evolução tão fantástica da tecnologia e das ciências médicas que não esteja seriamente comprometida com a melhoria de vida e com o bem-estar das pessoas, mas que se incline deliberadamente como forma de dominação e usurpação da cultura médica pela máquina.

## **17.5. PESQUISA EM INDIVÍDUOS SADIOS**

A Declaração de Genebra prescreve em tom solene: “Manterei o mais alto respeito pela vida humana desde a concepção”. E o Código Internacional de Ética Médica, adotado pela Terceira Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial: “Qualquer ato ou conselho que possa diminuir a resistência do ser humano só pode ser admitido em seu próprio interesse”. Iniciativas como essas exaltam, entre outros, o repúdio às terríveis e torpes experimentações praticadas por médicos alemães nos campos de concentração, durante a II Guerra Mundial, cuja lembrança vive até hoje inquietando a consciência de todos. Cientistas de mentes frias e sujas, em nome da ciência, utilizaram indefesos prisioneiros como cobaias das mais indecentes experiências. Agora, há repetidas denúncias da Anistia Internacional de que médicos estariam participando no Cone Sul de sessões de tortura, ora aplicando o “soro da verdade”, ora verificando as condições físicas do interrogado para resistir às sevícias, ou, ainda, como recuperadores dos presos quando anunciada a quebra da sua incomunicabilidade. Sentimentos como esses começaram, tenho certeza, com a aceitação de simples experimentações científicas no homem.

A experimentação em indivíduos sadios, qualquer que seja seu alcance, não se recomenda. Qualquer que seja o progresso conseguido através de tais resultados não justifica, para a Humanidade, o sacrifício de uma só pessoa. A experiência só é lícita quando ela atende ao interesse do próprio doente.

Ainda que os médicos, por exemplo, estejam expostos diariamente às injunções manipuladoras e às pressões da indústria farmacêutica internacional, a finalidade da ação terapêutica é no sentido de resgatar a normalidade das funções mais importantes ou das estruturas mais significativas. Já a experimentação científica de caráter exclusivamente especulativo transforma o indivíduo numa aventura. Não se pode negar, nessa atitude, um procedimento imoral.

Outra coisa: o fato de o experimentado estar ciente da experimentação que lhe é feita nem sempre é moralmente correto, pois o que se tem verificado, na maioria das vezes, é a habilidade e o esforço dissimulador da intenção especulativa, escamoteada por motivações “justas” e “necessárias”. A licitude de um ato não está no seu consentimento, mas na sua necessidade e na sua legitimidade.

Assim, mesmo que a permissão tenha todas as aparências e justificativas de idoneidade, e que exista aquiescência por escrito, chega-se à conclusão de que a vida e a saúde de um indivíduo são bens inalienáveis e irrecusáveis, os quais o bem comum tem interesse em resguardar de forma irrestrita e incondicional. Ninguém pode dar a si mais direitos e privilégios do que a lei e a moral lhe outorgam, nem modificar em proveito próprio aquilo que já está juridificado pelo bom senso e pelo interesse coletivo.

As ciências necessitam mais e mais de progredir. Algumas vezes, até pela observação de seus resultados mais fantásticos e inesperados. No entanto, isso não justifica a violência sobre um só homem,

qualquer que seja sua condição, qualquer que seja o progresso pretendido.

Finalmente, é preciso que a comunidade esteja sempre vigilante e organizada. Primeiro, para saber quais são os critérios e quem são as pessoas que podem ser envolvidas numa investigação científica. Depois, o mais importante: quem controlará o pesquisador? Mesmo se dizendo que projetos dessa natureza exigem uma legislação específica, faz-se mister repetir que a qualidade da lei depende muito da opinião pública e da participação cada vez mais efetiva da coletividade, como meio de purificar essa lei. Ninguém pode permanecer fora dessa responsabilidade. Estão em jogo a sorte das liberdades humanas e o destino da pessoa como espécie.

## 17.6. ENGENHARIA GENÉTICA

Não há como omitir as vantagens que possam advir do uso correto e programado da Genética, no sentido de favorecer o homem e o seu meio, de prevenir e curar doenças e de corrigir os ecossistemas. Todavia, em face da sua má utilização, podem surgir a “programação de pessoas”, o “controle da sociedade” e o “domínio da natureza”.

Mesmo que exista teoricamente uma possibilidade incalculável de informações no material genético indefinido, o cientista não pode especular sobre isso, muito menos fazer tudo o que a ciência permite.

É necessário fazer uma diferença entre Genética Clínica e Genética. A primeira tem como proposta o paciente e sua árvore genética. A segunda está preocupada com a pesquisa de um suposto paciente. É preciso também que se criem normas jurídicas e fundamentos de uma bioética capazes de garantir no futuro um quadro compatível com a dignidade humana, com o interesse da ciência, com a disponibilidade do cientista e com a ordem social. É claro que não vamos considerar um gene como objeto de regulamentação jurídica, mas suas técnicas e seus resultados. Os modernos conhecimentos da Genética devem ser colocados no sentido de oferecer sempre uma contribuição positiva em favor do homem e do seu meio.

As conquistas da engenharia genética, no seu esforço compensador de tornar a condição humana livre ou suavizada de sofrimentos, não podem deixar de ser acolhidas como úteis e necessárias quando, por exemplo, tenta-se modificar ou alterar as informações erradas no DNA em favor da espécie. Ou seja, na pretensão de melhorar o ser humano e sem romper com a sua natureza. Uma coisa é aperfeiçoar a herança genética do homem e outra, muito diferente, é a insensatez de mudar a espécie humana. Assim, se esse modo de agir não se aproxima das esperanças do homem e do respeito à sua dignidade, essa forma de manipulação pode despencar num trágico resultado.

Em 1990, na Inglaterra, pesquisadores médicos da área da reprodução assistida fertilizaram *in vitro* vários óvulos humanos e, nas primeiras fases de blastocito, removeram-lhe uma célula e a usaram para determinar o sexo dos embriões. Em seguida, bloquearam os embriões masculinos, pelo fato de eles serem todos portadores de desordens genéticas ligadas a esse sexo. Um dos embriões “feminilizados” foi implantado no útero da própria doadora, dando origem a uma criança saudável. Nesse caso, a escolha do sexo, assim obtido, não macula nenhum princípio ético ou jurídico porque não se fez outra coisa senão optar por um deles, pela qualidade de vida favorecida por aquela prática.

Outra proposta, mais atual, é a de inserir gene ou certo número de informações genéticas em células humanas, no momento decisivo do seu desenvolvimento, no intuito de melhorar ou alterar uma inteligência precária ante um retardamento mental. Para isso, no entanto, seria necessário produzirem-se alterações perfeitas, de modo que os outros componentes funcionassem correlativamente. O problema é saber até onde o agente da manipulação genética estaria autorizado a interferir nesse rendimento. Isso não

seria uma perigosa tentativa de mudar a espécie humana? Se considerarmos que alguns homens receberam uma herança biológica muito pobre e a manipulação vem em favor desse *homo novus*, não há por que se opor. Ou se devemos, nesse sentido, intervir em favor do conjunto da espécie ou fazê-lo caso a caso? É claro que nem sempre será fácil passar para a sociedade essa necessidade de agir em favor do “feto defeituoso”, aceitando-o na condição de paciente, quando essa mesma sociedade legaliza ou tenta descriminalizar a morte de fetos saudáveis, sem nenhuma indicação de tratamento, por eventuais concepções mais pragmáticas.

Mais recente, ainda, é o projeto que surgiu também na Inglaterra, onde cientistas injetaram DNA humano num embrião de porco na expectativa de que o gene implantado nesse animal transgênico tornaria seus órgãos mais compatíveis com o sistema imunológico do homem, contribuindo assim para solucionar alguns problemas na área da transplantologia. Os genes que compõem nosso sistema imunológico e que fazem com que cada um de nós seja imunologicamente único são codificados por um trecho muito grande de DNA conhecido como o “grande complexo de incompatibilidade”. Para produzir “animais-irmãos” basta neutralizar os genes desse complexo em cada animal por cópias pertencentes a cada “gêmeo” humano. Se a engenharia genética conseguir produzir órgãos de animais compatíveis com o sistema imunológico do homem, nada impede tecnicamente criar-se no futuro um animal transgênico, um gêmeo imunológico do homem – um verdadeiro “animal-irmão”, e cada pessoa ter um animal transgênico sob medida para suas futuras necessidades. Resta saber apenas como reagirão os antivivisseccionistas e os teóricos da bioética e onde serão levantados os limites das experimentações desnecessárias e constrangedoras e das prioridades do homem de amanhã.

A manipulação biológica no campo molecular, pela sua complexidade e pelo significado dos resultados, inclui uma série de reflexões sobre o valor de cada proposta e sobre os riscos advindos, para que a natureza ou o indivíduo não caiam no perigo da destruição nem sofram prejuízos que não possam ser reparados. Não se pode também dizer que sejam simples problemas de diversidade de opiniões. São dilemas que o homem atual tem de enfrentar diante das disponibilidades do poder da ciência sobre a vida e sobre o destino das pessoas. O perigo está em se conhecer a chave do mecanismo pelo qual são transmitidos os caracteres hereditários, desmontando a cadeia do DNA e reorientando sua construção no interesse irresponsável do gestor ou do programador, nesse verdadeiro trabalho de cirurgia genética. Teme-se que se coloque em andamento um processo e depois venha-se perder seu controle, levando-se ao surgimento não apenas de indivíduos “programados”, mas à criação e à multiplicação de agentes patogênicos causadores de doenças novas, não tratáveis e causadores de todas as tragédias possíveis.

É claro que ninguém é contra qualquer projeto que proponha melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas e das comunidades, principalmente das flageladas pelo sofrimento e pela injustiça. É legítimo e alentador. O risco está no uso de tecnologias capazes de interferir no patrimônio genético do homem, ora como forma exclusiva de especular, ora como projeto que significasse o ultraje e o desprezo aos valores humanos.

Fato muito polêmico e eticamente controverso é o da clonagem de embriões humanos. Esse processo já ocorre naturalmente nos casos de gêmeos monozigóticos ou univitelinos. No entanto, é possível a clonagem de vários embriões, com a eventualidade do nascimento de um dos gêmeos e o congelamento dos demais, como verdadeiras cópias para nascerem a cada ano ou com vários anos de diferença. Assim, por exemplo, um indivíduo de sessenta anos poderia ter um irmão gêmeo recém-nascido.

Outra situação bastante duvidosa, não tanto pela intenção, mas pelos possíveis resultados, é a da terapia genética, cujo fundamento é transferir genes de um organismo para outro, a fim de adequar-se

perfeitamente ao novo hospedeiro e como meio de substituir uma informação genética anômala causadora de perturbações por desordens genéticas. O problema está na integração desse novo material, como capaz de gerar danos irreversíveis no gene essencial da célula hospedeira, pois qualquer dano subsequente, em vez de encerrar-se com o indivíduo, continuará e marcará as gerações futuras. O grande risco na política da tecnologia genética é transformar isso numa ameaça em grande escala visando a interesses econômicos ou políticos, através de alterações gênicas irresponsáveis ou permitindo a existência de programas paralelos, atuando em verdadeiros “mercados negros” biológicos.

## 17.7. EXPERIÊNCIAS COM CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS

A partir de alguns anos atrás a comunidade científica internacional vem discutindo a possibilidade técnica, os riscos e os aspectos éticos que incluem as pesquisas envolvendo as células-tronco de embriões humanos.

Como as células-tronco têm funções constantes em nosso organismo como responsáveis pela formação e manutenção de qualquer tecido orgânico, elas foram eleitas como solução para muitos dos problemas. Por isso esse material passou a ter um papel significativo pela expectativa de cura de muitas doenças, algumas delas ainda sem solução.

Os que defendem a necessidade da pesquisas com células-tronco embrionárias afirmam que, por estas razões, muito se pode esperar de positivo nestes estudos.

Em contrapartida, há os que criticam o uso de embriões humanos nestas pesquisas admitindo que através das células-tronco medulares adultas e das células-tronco do cordão umbilical se poderia obter os mesmos resultados, inclusive sem as objeções éticas apresentadas. Mesmo assim, ambas as correntes admitem que estes resultados não são imediatos e que muito se tem a fazer até que se institua de vez uma terapêutica segura em favor do ser humano por estes métodos.

Agora, com a aprovação da Lei de Biossegurança está autorizada a pesquisa científica com células-tronco embrionárias, desde que obtidas em fertilização *in vitro* e congeladas há mais de três anos (Artigo 5.º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições: I – sejam embriões inviáveis; ou II – sejam embriões congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação desta Lei, ou que, já congelados na data da publicação desta Lei, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data de congelamento. § 1.º Em qualquer caso, é necessário o consentimento dos genitores. § 2.º Instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa).

Os que se opõem ao uso destas células-tronco insistem em afirmar que os embriões são seres humanos vivos, em pleno desenvolvimento, com identidade genética própria, e por isso com direitos iguais ao do nascituro, não merecendo o destino de matéria-prima a ser utilizada em processos de especulação científica.

Mesmo considerando de relevância significativa o tratamento com células-tronco para a cura de tantas doenças graves, há nesta discussão duas perguntas que merecem uma maior reflexão: 1. o que se deve fazer com o excedente de embriões humanos congelados? 2. quando se inicia a vida humana?

A questão do descarte de embriões congelados continua sendo um assunto muito delicado na reprodução humana assistida quando da fertilização *in vitro*. Há países, como a Espanha, que permitem o congelamento de embriões durante cinco anos e depois deste prazo obriga sua destruição. Na Dinamarca,

os que sobram são destruídos logo após a fertilização, sem necessidade de criopreservação.

Para alguns uma proposta respeitável seria a adoção de pré-embriões e não a sua simples doação. Todos sabem – por imperativo de ordem técnica, financeira e emocional – o que representa a necessidade de se ter mais embriões fecundados do que os que vão ser implantados. Mas, mesmo assim, este é o início de uma longa discussão, em seus aspectos éticos, morais, religiosos e jurídicos.

Todavia, a adoção de embriões congelados não é uma opção que se apresente isenta de inconvenientes, pelo que ela implica no campo emocional, técnico e econômico-financeiro. Entretanto, esta forma de escolha, juntamente com a produção de embriões para uma única implantação, seriam as modalidades que não encontrariam os óbices já apontados.

Por outro lado, ainda permanece a polêmica sobre o momento em que se inicia a vida humana. Neste particular a tendência é aceitar-se a fecundação do óvulo como o momento de início da vida, até por entender-se que na maioria das legislações pune-se como aborto a partir deste instante.

Agora com a nova lei que aprovou a pesquisa científica a partir de células-tronco embrionárias obtidas em fertilização *in vitro* conservadas há mais de três anos, com certeza ainda teremos muito a discutir em seus aspectos éticos e técnicos, mesmo se sabendo que existe uma grande expectativa em torno destes estudos no que diz respeito ao tratamento de tantas doenças graves, ainda mais quando se sabe que as células-tronco da medula óssea e do sangue do cordão umbilical e placentário podem ser usadas sem maiores controvérsias, mesmo que não possuam o mesmo potencial de diferenciação que as células-tronco embrionárias.

Infelizmente o Brasil é um dos países que mais demoraram a ter um órgão público assessor para discutir e propor ideias e soluções sobre assuntos éticos ligados à ciência e à tecnologia. Um proposto Conselho Nacional de Bioética é ainda um sonho e uma promessa, mesmo que alguns organismos não oficiais venham, por conta própria, discutindo e divulgando suas ideias sobre este e outros assuntos na área da biomedicina.

Um assunto desta natureza não pode deixar de passar por uma discussão de ordem científica, ética e jurídica, tendo em conta a complexidade da questão e quanto este sinaliza para uma efetiva contribuição em favor dos níveis de vida e de saúde das pessoas.

Além disso, que as propostas a serem postas em prática estejam de acordo com as normas que regulamentam a proteção da ordem pública e do bem-estar social, e que se ajustem aos valores éticos que condicionam de forma consequente a proteção da dignidade humana.

Foi muito arriscado que se chegasse às decisões tomadas pelo Congresso Nacional antes de se ter definida a condição jurídico-civil do embrião *in vivo* ou *in vitro*, ainda mais quando esta decisão vem favorecer a pesquisa científica.

Há certos princípios dentro desta delicada questão que não podem passar sem reparo: a) o respeito pela vida humana desde a concepção e a proteção que merece o embrião mesmo em estado de congelamento; b) a necessidade que tem a ciência de pesquisar desde que respeitadas as regras éticas e legais; c) a necessidade de propostas em favor da cura de doenças e do alívio ao sofrimento humano; d) a certeza de que estes processos não sejam deslocados para outros de interesses e resultados inconfessáveis.

No que se refere ao consentimento livre e esclarecido dos pais no sentido de destinar os embriões à pesquisa, há de merecer uma ponderação, embora reconhecendo que sem o seu consentimento o fato se torna arbitrário e afrontoso: o consentimento dos pais para utilização de embriões à pesquisa não deixa de transformá-los em simples coisa, até porque o consentimento dos pais para intervenção sobre os filhos é sempre no sentido do melhor interesse destes. E quando não é assim nenhum valor tem este

consentimento.

A partir do instante em que se tem dos pais o consentimento para a destruição dos embriões nos programas de pesquisa, parece que os pais são na verdade proprietários deles decidindo conforme seu entendimento e não no interesse do embrião.

Toda lógica é desenvolvida no sentido de fazer acreditar que seria eticamente mais razoável utilizar embriões excedentes e congelados em pesquisa com expectativa de resultados favoráveis para a humanidade do que destruí-los simplesmente. Isto ainda é pouco diante da delicadeza do assunto.

Assim, chega-se à conclusão que há muita coisa a se discutir nesta questão, principalmente no tocante ao início da vida humana, ao destino dos embriões excedentes e às demais opções terapêuticas com células-tronco além das células embrionárias. A primeira providência seria a criação de uma Comissão Nacional de Bioética, ampla, pluriprofissional, independente e constituída de pessoas de reconhecido prestígio entre os estudiosos da bioética, das ciências e da biotecnologia, no sentido de contribuir com a discussão sobre tão polêmico tema.

## **17.8. EXPERIÊNCIAS EM CONDENADOS**

A experiência especulativa em detentos “voluntários” também constitui prática ilícita e imoral. Essas pessoas, além de estarem sob a proteção da Justiça, não possuem a plena liberdade de decisão em tais circunstâncias. Muito lamentável seria, sem dúvida, impor ao condenado a realização experimental científica. Um indivíduo, mesmo o detento, pode exigir respeito à sua integridade física e psíquica, devendo ter a liberdade de não aceitar tais operações e de exigir a pena conforme estabelece a lei.

As experiências em condenados são sempre vistas com muita reserva, mesmo que eles se apresentem como voluntários, pois são sempre suspeitas tais generosidades, que outras coisas não refletem a não ser certas compensações, atribuições de determinados favores, ou uma maneira de adquirir a simpatia em busca de uma liberdade antecipada.

Não se pode pensar em plena liberdade e livre discernimento nesta perigosa e difícil decisão, tomada por um homem que sofre a opressão do estado e tem cerceado o seu campo de atuação.

## **17.9. CASTRAÇÃO QUÍMICA**

No momento em que o País se defronta com uma assustadora onda de violência e criminalidade, surge mais uma ideia simplista e absurda, própria das mentes apressadas. Agora é no sentido de estimular a pesquisa no sentido de se instituir a chamada *castração química* como solução para coibir certos crimes contra a dignidade sexual, notadamente o crime de pedofilia. Tenta-se institucionalizar mais essa forma de violência, agora sob o eufemismo de “tratamento hormonal de inibição da libido”, o que não pode deixar de merecer a devida censura, ainda que se tenha a duvidosa “autorização” do infrator.

Pelo fato de a castração química não ter aparentemente o caráter permanente, isto não desfaz o seu sentido discriminador e cruel, atingindo o indivíduo na sua integridade física ou psíquica, com todas as alterações e anomalias que a inconsequente hormonioterapia pode trazer ao apenado. Em primeiro lugar, deve ficar patente que essa forma de castração não pode ser aceita não só pelos transtornos trazidos para o corpo do pesquisado, mas também pela vedação constitucional das penas de caráter permanente que atingem a dignidade do ser humano, independentemente da infração cometida. Ninguém, qualquer que seja sua intenção, pode negar a brutalidade cometida sobre um condenado pelo seu caráter cruel e

desumano.

Portanto, não há negar que a castração química é repugnante e inaceitável como pena em nosso ordenamento jurídico, e atentaria aos princípios constitucionais regentes entre nós.

É desolador pensar que o corpo clínico de uma unidade hospitalar praticaria tais medidas, quando lhe cabe usar dos meios assistenciais adequados para que o detento venha a cumprir sua pena de forma justa e merecida.

## 17.10. TORTURAS POR MEIOS MÉDICOS

Atualmente, em diversos lugares do mundo, várias gestões vêm sendo realizadas no sentido de apurar a veracidade em torno de sérias denúncias sobre a implicação de médicos em casos de torturas. Das reuniões de Oslo e Londres, e mais recentemente em Tóquio (29.<sup>a</sup> Assembleia Médica Mundial) e Paris (11.<sup>o</sup> Congresso da Academia Internacional de Medicina Legal e Medicina Social), os pontos de vista resumem-se nos seguintes itens: 1. os médicos, devido à sua própria profissão, devem manter um respeito incondicionado à vida humana, como também não aceitar que sejam maltratados os pacientes por motivo de caráter político, racial ou religioso; 2. a primeira obrigação do médico é ajudar quem está sob seus cuidados, curando-o das ofensas recebidas e evitando que se repitam as sevícias; 3. as autoridades não devem usar o médico como instrumento de tortura em interrogatórios ou meios de castigo; 4. conseguir meios para proteger o médico, nos regimes totalitários, contra as pressões a que está sujeito e que visam a integrá-lo nos aparelhos repressivos; 5. criação de um núcleo médico encarregado de fiscalizar e denunciar os médicos que participam de violência contra o homem.

Um movimento intitulado Anistia Internacional vem comprovando, através de diversas fontes, que alguns países, inclusive na América do Sul, vêm utilizando médicos em interrogatórios de presos políticos, a fim de obterem confissões por meios farmacológicos, entre eles uma mistura de taquiflexil e pentotal sódico. O primeiro leva a uma paralisia muscular terrivelmente dolorosa, e nesse sofrimento são aplicadas pequenas doses de pentotal sódico, o qual produz relaxamento e um estado semi-inconsciente de euforia, que é aproveitado pelos inquisidores para obter seus fins. Há ainda informações de que outras drogas, entre elas o LSD, vêm sendo ministradas, com regular frequência, com o objetivo de colher confissões (J. A. Valtueña, *Los médicos y la turtura, Nuestro Tiempo*, Madrid, p. 33, jan. 74).

Há, no entanto, outras formas de participação nesses inacreditáveis e monstruosos processos: 1. exame do interrogado no sentido de verificar suas condições físicas e mentais para resistir à tortura; 2. participação do médico como espectador da tortura a fim de interrompê-la quando existe perigo de morte; 3. tratamento dos efeitos das sevícias, com o objetivo de recuperar de imediato o indivíduo para prosseguimento das torturas; 4. *check-up* inicial para adequar o quadro clínico do preso ao melhor tipo de tortura; 5. utilização de algumas patologias ou perturbações como instrumento de pressão psicológica; 6. processos de recuperação rápidos para presos com anunciada quebra da incomunicabilidade, audiências ou soltura.

Fatos dessa natureza, além de sua monstruosidade sob o aspecto humano, põem em sério risco e comprometem profundamente uma profissão que a tradição consagrou no mais alto respeito, como indiscutível forma de fazer o bem. E por isso não poderá tal estado de coisas deixar de merecer o mais veemente protesto e a mais enérgica repulsa da classe médica do mundo inteiro.

Dessa maneira, em dezembro de 1973, na Conferência de Abolição da Tortura, uma comissão encarregada de estudar a participação de médicos em sevícias estabeleceu um código de conduta, resumido nos seguintes pontos:

“Os médicos, bem como o pessoal paramédico em geral, devem recusar terminantemente qualquer tipo de exploração de suas atividades profissionais na execução de torturas ou castigos, e não devem participar da formação de outras pessoas para esses fins.

Igualmente, devem vigiar com cuidado a possibilidade de que suas investigações sejam utilizadas para fins contrários aos objetivos originais, e evitar a participação em qualquer trabalho em que se possa abusar de suas aptidões.

Convém estabelecer uma lista mundial de peritos médicos para investigar os casos suspeitos de torturas, enviando relatórios à Anistia Internacional”.

A 29.<sup>a</sup> Assembleia Médica Mundial, realizada em Tóquio, em outubro de 1975, adotou uma resolução constituída de oito itens sobre a questão. O primeiro deles diz: “O médico não deve favorecer, ser conivente ou participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos cruéis, desumanos ou degradantes, em quaisquer situações, inclusive conflito armado e guerra civil, seja qual for a infração da qual a vítima submetida a tais procedimentos seja suspeita, acusada ou culpada e sejam quais forem as crenças”.

Mais recentemente chegam notícias de que médicos, enfermeiros e auxiliares da área de saúde dos Estados Unidos foram cúmplices em torturas e em outros procedimentos ilegais e desumanos no Iraque, Afeganistão e Guantanamo Bay, assim como responsáveis pela entrega de documentos médicos dos prisioneiros aos interrogadores, com a finalidade de passar conhecimentos de suas condições mais vulneráveis.

Há também notícias de que médicos e auxiliares da área de saúde em Abu Ghraib foram solicitados a comparecer em locais onde se procedia a torturas para tratar de prisioneiros. Muitos foram aqueles que, mesmo não participando diretamente em torturas, foram se tornando indiferentes ao ambiente de crueldade e maus-tratos. Outros foram corrompidos e responsáveis por muitas atrocidades.

No Chile muitos foram os médicos que atuaram como torturadores assim como em outros países da América do Sul; no regime de Sadam Hussein, no Iraque, médicos amputaram orelhas como punição aos desertores; na União Soviética muitos foram levados aos hospitais psiquiátricos por decisão política; na África do Sul falsificaram prontuários de negros torturados ou assassinados; e, nos Estados Unidos, alguns participaram de programas de experiências de medicamentos sobre as mentes de prisioneiros.

Deve o médico prestar atendimento à vítima, amenizando os efeitos da tortura, sabendo que ela será depois submetida a novas repressões? Não parece existir outro caminho a não ser o de tratar, pois esta é a sua missão. Todavia, seu trabalho não está resumido apenas ao tratamento das lesões. Deve levar tal fato ao conhecimento da autoridade judicial competente. E, se porventura tiver ciência da participação de um colega como elemento de repressão, está obrigado a denunciar ao Conselho Regional de Medicina ou a outro órgão de classe médica que esteja conscientizado contra absurdos dessa natureza.

Mesmo que as informações a respeito da participação de médicos em torturas procedam dos próprios interessados, as coincidências são tantas que chegam a oferecer poucas dúvidas. O certo é que fatos dessa natureza não deveriam existir, pois a consciência social repele a realização de práticas tão insólitas e cruéis, principalmente numa profissão cuja missão é justamente o contrário de tudo isso, ou seja, proteger a vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana.

## **17.11. A QUESTÃO DO CONSENTIMENTO**

Toda intervenção no patrimônio biológico do homem, além de ter sua inspiração no mais elevado propósito de quem interfere e no respeito absoluto pelos direitos da pessoa humana, deve contar, de

forma patente, com a adesão consciente e informada daquele que se submete à intervenção, sendo ele maior, capaz, hígido e em condições de dar livre e conscientemente sua permissão. Mesmo considerando que o ideal seria que cada interferido tivesse uma razoável capacidade de compreensão e independência absoluta para exercer suas liberdades, temos de considerar que muitas vezes os indivíduos são desprovidos de certa capacidade intelectual e pertencem a grupos mais desarrimados da sorte pela iniquidade e pela penúria. Ainda assim o pesquisador terá a devida habilidade de passar todas as informações em linguagem simples e decodificada do jargão científico, de forma que o indivíduo possa entender o caráter da intervenção, seus objetivos, seus riscos e benefícios e, também, dar-lhe plena liberdade para abandonar a investigação no momento que pretender.

No que se refere aos indivíduos sem condição de dar consentimento, por limitação física, psíquica ou legal, mas que necessitam da intervenção biológica em seu próprio benefício, esta pode ser realizada após expressa autorização dos seus responsáveis legais. Fora deste parâmetro, é indefensável qualquer forma de intervenção com caráter especulativo em menores de idade ou incapazes que não traga um interesse em seu próprio bem, não só pelos riscos à sua saúde, desconforto físico e comprometimentos psicológicos ou morais, senão, também, pela incapacidade de quem quer que seja autorizar esse tipo de intervenção. É evidente que tal proibição não chega a invalidar coletas de pequenas amostras de sangue ou de fluidos biológicos, ou de discretas partes de tecidos que, de forma eventual e inócua, possam ser retirados para fins de diagnóstico ou rotina de controle.

O fato de o experimentado estar ciente da intervenção que lhe é feita nem sempre é moralmente defensável, pois o que se tem verificado, em alguns momentos, é a habilidade e o esforço dissimulador da intenção abusiva, escamoteada tantas vezes por motivações “justas” e “necessárias”. A licitude de um ato dessa natureza não está só no consentimento, mas na sua necessidade e na sua legitimidade. Assim, mesmo que a permissão tenha todas as aparências e justificativas de idoneidade, e mesmo que exista aquiescência por escrito, chega-se à conclusão que a vida e a saúde de um indivíduo são bens irrecusáveis e inalienáveis, os quais o bem comum tem interesse em resguardar de forma irrestrita e incondicional. As ciências necessitam mais e mais progredir. Algumas vezes até pela ousadia de suas intercessões, de resultados tão fantásticos e inesperados. Todavia, isso não justifica a violência sobre um só homem, qualquer que seja sua condição, qualquer que seja o progresso pretendido.

Nossas normas não se reportam a intervenções biológicas em presidiários. No entanto, poucos são os países que utilizam prisioneiros “voluntários” em projetos dessa ordem. Mesmo sabendo-se da existência de defensores de tais modelos, entendemos que essa intervenção não deva ser realizada. Primeiro, para não criar no recluso uma falsa perspectiva de benefícios extraordinários, como a amenização da pena ou a liberdade condicional, e aí já estaria comprometido o consentimento pela falta de opção e liberdade. Em segundo lugar, porque esses detentos, além de estarem sob a guarda e a proteção da Justiça, podem exigir o respeito à sua integridade física, e a sociedade tem o direito de vê-los cumprir a justa medida punitiva.

Até mesmo as políticas intervencionistas do governo na área da saúde pública, como, por exemplo, na vacinação em massa, na implementação de programas de erradicação de vetores e na adição de fluoretos nos sistemas de abastecimento de água, não devem ser vistas como condutas impostas por força de lei, mas como uma proposta vantajosa em favor da saúde coletiva. Como em alguns casos de vacinação e de controle de vetores podem surgir algum malefício causado por substâncias biologicamente ativas, um ou outro indivíduo pode recusar o tratamento. O que se procura evitar com tais precauções é o abuso contra pessoas de uma comunidade que, sem o seu devido conhecimento ou permissão, e sem um objetivo de proteção à saúde pública, possam ser vítimas involuntárias de ações deletérias de certas intervenções biológicas, muitas delas envolvendo pessoas humildes, simplesmente

por interesses de grupos alienígenas, nem sempre bem-intencionados. Quando for impossível ter-se o consentimento de cada indivíduo numa intervenção dessa ordem, os projetos só devem ter prosseguimento se houver uma criteriosa avaliação da inocuidade, uma técnica de resultados comprovados e um consentimento de órgão independente e representativo do segmento social envolvido na pesquisa.

## 17.12. PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo de pesquisa é um documento que, além de conter os itens que justificam as razões da investigação, deve estabelecer de forma clara os riscos e benefícios advindos dessa prática. Sua análise será da responsabilidade dos Comitês de Ética em Pesquisa dos estabelecimentos de saúde onde se verifica a investigação.

Necessariamente, o protocolo de pesquisa há de constar de um breve resumo do projeto de experimentação, onde fiquem bem evidentes os propósitos do estudo, com destaque para os métodos e os meios empregados. Constar também a população de referência e o que será exigido de cada participante, assim como os nomes dos investigadores e do seu principal responsável.

Essas informações devem fazer referências ao tipo de material usado e se for em pacientes internados indicar os dados que serão usados de suas papeletas e como essas informações devem ser descartadas no final da investigação.

Um fato que não pode ser omitido de forma alguma no protocolo de pesquisa é a avaliação dos riscos, sejam físicos, psicológicos ou sociais, e, se existirem, como podem eles ser evitados ou minimizados. Quanto a esse aspecto, as pesquisas são classificadas em *sem risco*, *com risco mínimo* e *com risco maior que o mínimo*. As primeiras em geral são feitas com documentos, sem nenhuma modificação de variáveis e onde são empregados métodos de revisão, entrevistas e questionários. As segundas, por exemplo, estão representadas por procedimentos de diagnósticos não invasivos ou tratamentos rotineiros. E as pesquisas *com risco maior que o mínimo* são aquelas que podem trazer danos morais ou danos físicos significativos, como o emprego de novas terapêuticas, técnicas propedêuticas invasivas ou uso de placebos, entre tantos.

Por outro lado, devem ser registrados os benefícios que o investigado pode ter, ou o que o conjunto das outras pessoas venha se beneficiar com o resultado da pesquisa proposta.

No protocolo, exige-se sempre a presença do *consentimento esclarecido* assinado pelo participante. No caso das investigações realizadas em crianças ou pacientes com distúrbios mentais, além de serem bem justificadas, deverão ter a permissão por escrito dos seus responsáveis legais, assim como também a permissão desses investigados, os quais sob o ponto de vista moral não têm a mesma conceituação da capacidade jurídico-civil.

Também deve constar de maneira bem clara que o investigado poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer tempo, sem que isso venha lhe trazer qualquer prejuízo à continuidade do tratamento ou da assistência.

E, finalmente, que exista firmado o compromisso de passar para o investigado as informações atualizadas durante a pesquisa, mesmo que isso possa modificar a conduta do indivíduo em continuar participando das pesquisas.

## 17.13. O PROJETO GENOMA HUMANO

O *projeto Genoma Humano* teve início nos Estados Unidos por volta do fim da década de 80, com a inclusão de vários países, inclusive o Brasil, tendo como finalidade principal o mapeamento dos genes humanos e a sequencialização de todo nosso genoma. A aplicação desses conhecimentos deverá ser feita principalmente no que diz respeito ao diagnóstico das doenças genéticas e à possível contribuição para o tratamento dessas doenças e a sua prevenção em nível familiar. Com exceção de alguns casos, ninguém pode ser desfavorável a essa abordagem individual. Todavia, quanto à aplicação dessas pesquisas na direção da população, deve-se ter muito cuidado.

Embora o projeto tenha um alcance científico de muita valia, as populações indagadas sobre a possibilidade de conhecerem a existência de algum gene alterado têm-se mostrado desinteressadas em saber tais resultados.

Os bioeticistas em geral estão de acordo que o genoma humano é patrimônio do indivíduo e bem da humanidade. Pertence ao corpo da pessoa e esse corpo pertence ao conjunto da população. Isso, no entanto, não quer dizer que o genoma de alguém, pelo fato de ser comum, possa ser objeto de manipulação e especulação. Neste particular, deve vigorar o *princípio da autonomia*. Tal fato se prende aos interesses que incorporam a dignidade humana. E não se diga que tal invasão deva ser apenas às células germinativas da pessoa, mas ao seu próprio componente genético somático, para que ele não venha terminar num banco de dados à disposição de interesses políticos ou econômicos. Assim, por exemplo, não é justo que chegue ao conhecimento de alguém, sem sua devida permissão, a revelação de suas anomalias genéticas.

Por outro lado, o indivíduo tem o direito de ser informado sobre tais alterações e de se recusar a passar informações, mesmo que aqui e ali possam surgir situações mais conflitantes. Desses conflitos, o mais delicado é aquele em que o próprio indivíduo se recusa a receber informações a seu respeito. Outra é quando grupos consanguíneos querem saber dessa verdade. Ou se o outro cônjuge quer essas informações em defesa da prole. Ou, ainda, quando esses dados possam favorecer o esclarecimento de um delito mais grave.

Clotet afirma que o *princípio da autonomia* autoriza enfatizar que “toda informação genética deve ser confidencial; não pode ser invadida ou alterada a integridade individual senão por razões terapêuticas e com o consentimento informado da própria pessoa ou de seus representantes legais; o exame genético e o rastreamento genético com o consentimento informado da pessoa, realizados por motivos de trabalho com o fim de proteger o indivíduo de possíveis doenças a serem desenvolvidas por causa do tipo de ocupação ou emprego, não atentam contra a autonomia do mesmo, mas sim o protegem” (Bioética como ética aplicada e genética, *Bioética*, n. 5, p. 173-183, 1997).

Mesmo que estejamos no início da pesquisa da genética molecular no que tange à utilização de testes detectores de enfermidades recessivas, isto não é motivo para deixar que todas essas práticas se desenvolvam e sejam aplicadas sem os cuidados éticos e jurídicos necessários. Essa garantia vai permitir sua justa utilização desde agora. É preciso ficar claro que nada justifica a propalada melhoria da espécie nem a terapia gênica que implica mutação do genoma. Por isso, quando se apregoa, de modo geral, que o genoma humano é patrimônio da humanidade, impõe-se de imediato o limite desses avanços, pela transcendência da vida humana e do valor que representa a dignidade de cada homem e de cada mulher. Não é por outra razão que o Projeto da Diversidade do Genoma Humano, desde 1993, vem sendo denunciado pelos desvios éticos. Esses “caçadores de genes”, como são chamados, estariam muito mais interessados na criação dos “museus genéticos, com a recriação de populações extintas como “peças”, do que com a sobrevivência das pessoas desses grupos.

Entre 21 de outubro e 12 de novembro de 1997, durante a 29.<sup>a</sup> sessão da Conferência-Geral da

UNESCO, foi aprovada a Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos, esboço de um projeto apresentado pelo Comitê Internacional de Bioética. Essa declaração foi ratificada pelos 186 países-membros daquela organização. Basicamente, este documento confirma os direitos e garantias individuais.

## 17.14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, H. R. *Deontologia e diceologia*. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- BOUGUETE, V. *O ser em gestação: reflexões bioéticas sobre o embrião humano*. São Paulo: Loyola, 2002.
- CASABONA, C.M.R. Presupuestos y propuestas para una futura armonización legal en Europa sobre la investigación con células embrionarias humanas. *Revista Brasileira de Bioética*, n. 2(1), p. 39-62, 2006.
- CECHINE, A. L. *Ética en medicina*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
- CLOTET, J. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo. *Rev. Bioética*, n. 1, p. 157-63, 1993.
- FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Direitos sobre o corpo à luz da ética e da lei. *O Médico Moderno*, São Paulo, v. 14, n. 1, abr. 1974.
- \_\_\_\_\_. Experiências científicas no homem. *JAMB*, São Paulo, ano XV, n. 670, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- HERMAN, N. Experiências com embriões. In: CASABONA, C.M.R. (Org.). *Biotecnologia, direito e bioética*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.
- ROCHA R. *O direito à vida e a pesquisa com células-tronco: limites éticos e jurídicos*. Rio de Janeiro: Campus Jurídicos, 2008.
- SILVA, F. L. Breve panorama histórico da ética. *Rev. Bioética*, n. 2, p. 7-11, 1993.
- URBAN, C. A. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- WUNDER, M. Medicine and conscience: the debate on medical ethics and research in Germany 50 years after Nüremberg. *Perspect Biol Med*, n. 43, p. 373-381, 2000.

## TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

**Sumário:** 18.1. Introdução. 18.2. Critérios técnicos. 18.3. Aspectos ético-legais. 18.4. Comentários à nova Lei dos Transplantes. 18.5. O decreto regulamentador. 18.6. Críticas à legislação atual dos transplantes. 18.7. Mercado de estruturas humanas. 18.8. Ventilação eletiva para doação de órgãos. 18.9. Doação de órgãos de anencéfalos. 18.10. Transplante de face. 18.11. Referências bibliográficas.

### Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997

#### Capítulo I

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

Art. 2.º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares expedidas pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

#### Capítulo II

#### DA DISPOSIÇÃO *POST MORTEM* DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE

Art. 3.º A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinado a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§ 1.º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte

encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2.º, parágrafo único, 4.º e seus parágrafos, 5.º, 7.º, 9.º, §§ 2.º, 4.º, 6.º e 8.º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2.º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2.º As instituições referidas no art. 2.º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

§ 3.º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestado da morte encefálica.

Art. 4.º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

Art. 5.º A remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou por seus responsáveis legais.

Art. 6.º É vedada a remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

Art. 7.º (*Vetado.*)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplantes ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

Art. 8.º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7.º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

### Capítulo III

#### DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

Art. 9.º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4.º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

§ 1.º (*Vetado.*)

§ 2.º (*Vetado.*)

§ 3.º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§ 4.º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 5.º A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

§ 6.º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7.º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8.º O autotransplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 9.º-A É garantido a toda mulher o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. (Incluído pela Lei n.º 11.633, de 2007.).

## Capítulo IV

### DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. (Redação dada pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

§ 1.º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais. (Parágrafo incluído pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

§ 2.º A inscrição em lista única de espera não confere ao pretense receptor ou à sua família direito subjetivo a indenização, se o transplante não se realizar em decorrência de alteração do estado de órgãos, tecidos e partes, que lhe seriam destinados, provocado por acidente ou incidente em seu transporte. (Parágrafo incluído pela Lei n.º 10.211, de 23.03.2001.)

Art. 11. É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social, de anúncio que configure:

- a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;
- b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada, identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;
- c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefícios de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema Único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12 (*Vetado.*)

Art. 13 – É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorre o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

Parágrafo único. Após a notificação prevista no *caput* deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei. (Incluído pela Lei n.º 11.521, de 2007.)

DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS

Seção I

Dos Crimes

Art. 14. Remover tecidos, órgão ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena – reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa.

§ 1.º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena – reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§ 2.º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I – incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II – perigo de vida;

III – debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV – aceleração de parto:

Pena – reclusão, de três a dez anos, e multa, de 100 a 200 dias-multa.

§ 3.º Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I – incapacidade permanente para o trabalho;

II – enfermidade incurável;

III – perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV – deformidade permanente;

V – aborto:

Pena – reclusão, de quatro a doze anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

§ 4.º Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena – reclusão, de oito a vinte anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15. Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena – reclusão, de três a oito anos, e multa, de 200 a 360 dias-multa.

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou aufere qualquer vantagem com a transação.

Art. 16. Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena – reclusão, de um a seis anos, e multa de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17. Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena – reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18. Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena – detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19. Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena – detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20. Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto na art. 11: Pena – multa, de 100 a 200 dias-multa.

## Seção II

### Das Sanções Administrativas

Art. 21. No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§ 1.º Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimento realizados.

§ 2.º Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidade pública, bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou aquela em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22. As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3.º, § 1.º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3.º, § 2.º, ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, estão sujeitas à multa, de 100 a 200 dias-multa.

§ 1.º Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13 desta Lei ou proibir, dificultar ou atrasar as hipóteses definidas em seu parágrafo único. (Redação dada pela Lei n.º 11.521, de 2007.)

§ 2.º Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art. 23. Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei n.º 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

## Capítulo VI

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 (*Vetado.*)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei n.º 8.489, de 18 de novembro de 1992, e o Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176.º da Independência e 109.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

# Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997

## DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1.º A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, observará o disposto neste Decreto.

Parágrafo único. Não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este Decreto o sangue, o esperma e o óvulo.

### Capítulo I

#### DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE – SNT

##### Seção I

###### Da Estrutura

Art. 2.º Fica organizado o Sistema Nacional de Transplante – SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas.

Parágrafo único. O SNT tem como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados.

Art. 3.º Integram o SNT:

I – o Ministério da Saúde;

II – as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;

III – as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;

IV – os estabelecimentos hospitalares autorizados;

V – a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

##### Seção II

###### Do Órgão Central

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

I – coordenar as atividades de que trata este Decreto;

II – expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste Decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva;

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

IV – autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de

tecidos, órgãos e partes;

V – avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;

VI – articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento;

VII – difundir informações e iniciativas bem-sucedidas, no âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;

VIII – credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV deste Capítulo;

IX – indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em Estado, onde ainda não se encontre estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o serviço, ressalvado o disposto no § 3.º do artigo seguinte.

### Seção III

#### Dos Órgãos Estaduais

Art. 5.º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem no SNT, deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com o perfil e as funções indicadas na Seção seguinte.

§ 1.º Instituída a unidade referida neste artigo, a Secretaria de Saúde, a que se vincular, solicitará ao órgão central o seu credenciamento junto ao SNT, assumindo os encargos que lhes são próprios, após deferimento.

§ 2.º O credenciamento será concedido por prazo indeterminado, sujeito a cancelamento, em caso de desarticulação com o SNT.

§ 3.º Os Estados poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento em comum das atividades de que trata este Decreto, sob coordenação de qualquer unidade integrante do SNT.

### Seção IV

#### Das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs

Art. 6.º As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs serão unidades executivas das atividades do SNT, afetas ao Poder Público, como neste Decreto.

Art. 7.º Incumbe às CNCDOs:

I – coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;

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

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

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

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

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

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

VIII – encaminhar relatórios anuais no órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;

IX – exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Decreto;

X – aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei n.º 9.434, de 1997;

XI – suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;

XII – comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2.º do art. 21 da Lei n.º 9.434, de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;

XIII – acionar o Ministério Público do Estado e outras instituições públicas competentes, para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

§ 1.º O Município considerado polo de região administrativa poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual.

§ 2.º Os receptores inscritos nas CNCDOs regionais, cujos dados tenham sido previamente encaminhados às CNCDOs estaduais, poderão receber tecidos, órgãos e partes retirados no âmbito de atuação do órgão regional.

§ 3.º Às centrais regionais aplica-se o disposto nos incisos deste artigo, salvo a apuração de infrações e a aplicação de penalidades.

§ 4.º Para o exercício da competência estabelecida no inciso X deste artigo, a CNCDO observará o devido processo legal, assegurado ao infrator o direito de ampla defesa, com os recursos a ela inerentes e, em especial, as disposições da Lei n.º 9.434, de 1997, e, no que forem aplicáveis, as da Lei n.º 6.437, de 20 de agosto de 1977, e do Decreto n.º 77.052, de 19 de janeiro de 1976.

## Capítulo II

### DA AUTORIZAÇÃO

#### Seção I

##### Das Condições Gerais e Comuns

Art. 8.º A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

§ 1.º O pedido de autorização poderá ser formulado para uma ou mais atividades de que trata este Regulamento, podendo

restringir-se a tecidos, órgãos ou partes especificados.

§ 2.º A autorização será concedida, distintamente, para estabelecimentos de saúde, equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto.

§ 3.º Os membros de uma equipe especializada poderão integrar a de outra, desde que nominalmente identificados na relação de ambas, assim como atuar em qualquer estabelecimento de saúde autorizado para os fins deste Decreto.

§ 4.º Os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso, no pedido de autorização, de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observada, quanto a estes, a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 5.º A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, verificada a observância dos requisitos estabelecidos nas Seções seguintes.

§ 6.º A renovação deverá ser requerida sessenta dias antes do término de sua vigência, prorrogando-se automaticamente a autorização anterior até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde.

§ 7.º Os pedidos formulados depois do prazo fixado no parágrafo precedente sujeitam-se à manifestação ali prevista, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação.

§ 8.º Salvo motivo de força maior, devidamente justificado, a decisão de que trata os §§ 6.º e 7.º será tomada no prazo de até sessenta dias, a contar do pedido de renovação, sob pena de responsabilidade administrativa.

## Seção II

### Dos Estabelecimentos de Saúde

Art. 9.º Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, atendidas, no mínimo, as seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

I – atos constitutivos, com indicação da representação de instituição, e juízo ou fora dele;

II – ato de designação e posse da diretoria;

III – equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional, autorizadas na forma da Seção III deste Capítulo;

IV – disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

V – condições necessárias de ambientação e de infraestrutura operacional;

VI – capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

VII – instrumental e equipamento indispensáveis no desenvolvimento da atividade a que se proponha;

§ 1.º A transferência da propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas por outros profissionais, igualmente autorizados, na forma da Seção seguinte, quando comunicadas no decêndio posterior à sua ocorrência, não prejudicam a validade da autorização concedida.

§ 2.º O estabelecimento de saúde, autorizado na forma deste artigo, só poderá realizar transplante se, em caráter permanente, observar o disposto no § 1.º do artigo seguinte.

## Seção III

### Das Equipes Especializadas

Art. 10. A composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento, mediante integração de profissionais autorizados na forma desta Seção.

§ 1.º Será exigível, no caso de transplante, a definição, em número e habilitação, de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falta de algum deles.

§ 2.º A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, devendo o pedido, no caso do parágrafo anterior, ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta Seção.

Art. 11. Além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

- I – certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;
- II – certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

## Seção IV

### Disposições Complementares

Art. 12. O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências, que se tornem indispensáveis à prevenção de quaisquer irregularidades nas práticas de que trata este Decreto.

Art. 13. O pedido de autorização será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que o instruirão com relatório conclusivo quanto à satisfação das exigências estabelecidas neste Decreto e em normas regulamentares, no âmbito de sua área de competência definida na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1.º A Secretaria de Saúde diligenciará junto ao requerente para a satisfação de exigência acaso não cumprida, de verificação a seu cargo.

§ 2.º Com manifestação favorável sob os aspectos pertinentes à sua análise, a Secretaria de Saúde remeterá o pedido ao órgão central do SNT, para expedir a autorização, se satisfeitos todos os requisitos estabelecidos neste Decreto e em normas complementares.

## Capítulo III

### DA DOAÇÃO DE PARTES

#### Seção I

##### Da Disposição para *Post Mortem*

Art. 14. A retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da família, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção.

§ 1.º A manifestação de vontade em sentido contrário à retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados e do Distrito Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nesses documentos, da expressão “não doador de órgãos e tecido”.

§ 2.º Sem prejuízo para a validade da manifestação de vontade, como doador presumido, resultante da inexistência de anotações nos documentos de pessoas falecidas, admitir-se-á a doação expressa para retirada após a morte, na rotina prevista no Decreto n.º 2.170, de 4 de março de 1997, e na Resolução n.º 828, de 18 de fevereiro de 1977, expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação “doador de órgãos e tecidos” ou, ainda, a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas, que serão indicados após a expressão “doador de...”.

§ 3.º Os documentos de que trata o § 1.º deste artigo, que venham a ser expedidos, na vigência deste Decreto, conterão, a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

§ 4.º Os órgãos públicos referidos no § 1.º deverão incluir, nos formulários a serem preenchidos para a expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos e partes, após a sua morte.

§ 5.º É vedado aos funcionários dos órgãos de expedição dos documentos mencionados neste artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, induzir a opção do interessado, salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas, será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

§ 6.º Equiparam-se à Carteira de Identidade Civil, para os efeitos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidas por lei como prova de identidade.

§ 7.º O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificação civil e de trânsito, que procederão à gravação da sua opção na forma dos §§ 1.º e 2.º deste artigo, em documentos expedidos antes da vigência deste Decreto.

§ 8.º A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.

## Seção II

### Da Disposição do Corpo Vivo

Art. 15. Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, pode dispor de tecidos, órgãos e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou terapêuticos.

§ 1.º Só é permitida a doação referida neste artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou partes de órgãos, tecidos ou partes, cuja retirada não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais e aptidões físicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

§ 2.º A retirada, nas condições deste artigo, só será permitida, se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável e inadiável da pessoa receptora.

§ 3.º Exigir-se-á, ainda, para a retirada de rins, a comprovação de, pelo menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consanguíneos, na linha reta ou colateral, até o terceiro grau inclusive.

§ 4.º O doador especificará, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, qual tecido, órgão ou parte do seu corpo está doando para transplante ou enxerto em pessoa que identificará, todos devidamente qualificados, inclusive quanto à indicação de endereço.

§ 5.º O documento de que trata o parágrafo anterior será expedido, em duas vias, uma das quais será destinada ao órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimento na outra, como condição para

concretizar a doação.

§ 6.º Excetua-se do disposto nos §§ 2.º, 4.º e 5.º a doação de medula óssea.

§ 7.º A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento, antes de iniciado o procedimento de retirada do tecido, órgão ou parte por ele especificado.

§ 8.º A extração de parte da medula óssea de pessoa juridicamente incapaz poderá ser autorizada judicialmente, com o consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais, se o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 9.º A gestante não poderá doar tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto.

## Capítulo IV

### DA RETIRADA DE PARTES

#### Seção I

##### Da Comprovação de Morte

Art. 16. A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

§ 1.º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País.

§ 2.º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

§ 3.º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste Decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

§ 4.º Os familiares, que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato, serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação da morte encefálica.

§ 5.º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório.

§ 6.º A família carente de recursos financeiros poderá pedir que o diagnóstico de morte encefálica seja acompanhado por médico indicado pela direção local do SUS, observado o disposto no parágrafo anterior.

Art. 17. Antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a *causa mortis*, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecida diante da suspeita de crime, quando a retirada, observadas as demais condições estabelecidas neste Decreto, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

#### Seção II

## Do Procedimento de Retirada

Art. 18. Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à CNCDO do respectivo Estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.

Parágrafo único. Se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, segundo as exigências deste Decreto, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos, observado o disposto no § 3.º do art. 16 deste Decreto.

Art. 19. Não se efetuará a retirada se não for possível a identificação do falecido por qualquer dos documentos previstos nos §§ 1.º e 6.º do art. 14 deste Decreto.

§ 1.º Se dos documentos do falecido constarem opções diferentes, será considerado válido, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

§ 2.º Não supre as exigências deste artigo o simples reconhecimento de familiares, se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado.

§ 3.º Qualquer rasura ou vestígios de adulteração dos documentos, em relação nos dados previstos nos §§ 1.º e 6.º do art. 14, constituem impedimento para a retirada de tecidos, órgãos e partes, salvo se, no mínimo, dois consanguíneos do falecido, seja na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, conhecendo a sua vontade, quiserem autorizá-la.

§ 4.º A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela.

Art. 20. A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação no Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas consequências e comparação após o ato cirúrgico.

Parágrafo único. O doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as consequências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação, em documento lavrado na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato.

### Seção III

#### Da Recomposição do Cadáver

Art. 21. Efetuada a retirada, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar, tanto quanto possível, sua aparência anterior, com cobertura das regiões com ausência de pele e enchimento, com material adequado, das cavidades resultantes da ablação.

### Capítulo V

#### DO TRANSPLANTE OU ENXERTO

### Seção I

#### Do Consentimento do Receptor

Art. 22. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após devidamente aconselhado sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

§ 1.º Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

§ 2.º A autorização será aposta em documento, que conterá as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, às pessoas indicadas no parágrafo anterior.

§ 3.º Os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes aplicados na forma do art. 24, serão informados no receptor que poderá assumi-los, mediante expressa concordância, aposta no documento previsto no parágrafo anterior, com indicação das sequelas previsíveis.

## Seção II

### Do Procedimento de Transplante

Art. 23. Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação, com esse prognóstico, será lançada no documento previsto no § 2.º do artigo anterior.

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

§ 1.º As equipes de transplantes ou enxertos só poderão realizá-los se os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que afastem qualquer prognóstico de doença incurável ou letal para o receptor.

§ 2.º Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedido pelo órgão central do SNT.

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

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

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

## Seção III

### Dos prontuários

Art. 25. Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no § 1.º do art. 3.º da Lei n.º 9.434, 1997, os prontuários conterão:

I – no do doador morto, os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização, nas finalidades previstas neste Decreto, dos tecidos, órgãos ou partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;

II – no do doador vivo, o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplante dos tecidos, órgãos e partes doados, assim como a comunicação, no Ministério Público, de doação efetuada de acordo com o disposto nos §§ 4.º e 5.º do art. 15 deste Decreto;

III – no do receptor, a prova de seu consentimento, na forma do art. 22, cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos anteriores, conforme o caso e, bem assim, os realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Art. 26. Os prontuários, com os dados especificados no artigo anterior, serão mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde forem realizados os procedimentos que registram.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto neste artigo, os prontuários poderão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do Estado de sede da instituição responsável pelo procedimento a que se refiram, devendo, de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de 20 anos, para eventual investigação criminal.

## Capítulo VI

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 27. Aplica-se o disposto no § 3.º do art. 19 à retirada de tecidos, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste Decreto, cujos documentos tenham sido expedidos em data anterior à sua vigência.

Art. 28. É o Ministério da Saúde autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação deste Decreto.

Art. 29. Enquanto não for estabelecida a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a sua Secretaria de Assistência à Saúde exercerá as funções de órgão central do SNT.

Art. 30. A partir da vigência deste Decreto, tecidos, órgãos ou partes não poderão ser transplantados em receptor não indicado pelas CNCDOs.

Parágrafo único. Até a criação das CNCDOs, as competências que lhes são cometidas por este Decreto poderão, pelo prazo máximo de um ano, ser exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 31. Não se admitirá inscrição de receptor de tecidos, órgãos ou partes em mais de uma CNCDO.

§ 1.º Verificada a duplicidade de inscrição, o órgão central do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas, no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta, excluirá da lista a mais recente e comunicará o fato à CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência.

§ 2.º A inscrição em determinada CNCDO não impedirá que o receptor se submeta a transplante ou enxerto em qualquer estabelecimento de saúde autorizado, se, pela lista sob controle do órgão central do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados e não aproveitados, de qualquer procedência.

Art. 32. Ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOs ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em Estados da Federação, se atualizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas ao órgão central do SNT.

Art. 33. Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução de todos os procedimentos médicos previstos neste Decreto, que serão remunerados segundo os respectivos valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão, conjunta ou separadamente, ser custeados na forma do *caput*, independentemente de contrato ou convênio, mediante declaração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDO, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

Art. 34. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 35. Fica revogado o Decreto n.º 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 30 de junho de 1997; 176.º da Independência e 109.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Carlos César de Albuquerque

### **Lei n.º 9.049, de 18 de maio de 1995**

Art. 1.º Qualquer cidadão poderá requerer à autoridade pública expedidora o registro, no respectivo documento pessoal de identificação, do número e, se for o caso, da data de validade dos seguintes documentos:

1. Carteira Nacional de Habilitação;
2. Título de eleitor;
3. Cartão de Identificação do Contribuinte do Imposto de Renda;
4. Identidade Funcional ou Carteira Profissional;
5. Certificado Militar.

Art. 2.º Poderão, também, ser incluídas na Cédula de Identidade, a pedido do titular, informações sucintas sobre o tipo sanguíneo, a disposição de doar órgãos em caso de morte e condições particulares de saúde cuja divulgação possa contribuir para preservar a saúde ou salvar a vida do titular.

Art. 3.º Dispor-se-á, na regulamentação desta Lei, sobre o modelo de Cédula de Identidade a ser adotado, bem como sobre os dísticos admissíveis.

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

Art. 5.º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 18 de maio de 1995; 174.º da Independência e 107.º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

### **Código de Ética Médica**

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

*É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2.º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 4.º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 6.º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

*É vedado ao médico:*

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu

alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

*É vedado ao médico:*

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

## 18.1. INTRODUÇÃO

A valorização do corpo humano, como reserva de órgãos e tecidos, não deixa de suscitar certas dificuldades de ordem ética e jurídica, pelo fato de ser o corpo, em princípio, inviolável e inalienável. Indubitavelmente, as operações de transplantes, em nome dessa inviolabilidade, não podem ser de todo proibidas. Cabe, entretanto, uma regra de conduta, a fim de que se lhes definam as condições operacionais, proporcionando-se, destarte, um caráter de aceitabilidade.

Aqui, iremos analisar, com maior ênfase, os aspectos médicos, jurídicos e morais dos transplantes de coração, em face de seu caráter deveras sensacional e publicitário, e ainda pelo conteúdo emocional que tem caracterizado tais operações desde dezembro de 1967, na Cidade do Cabo, África do Sul.

Achamos que, passados os momentos de euforia, quando os ânimos começam a serenar, iniciamos uma fase mais tranquila de análise, reflexões e autocrítica sobre os aspectos mais distintos do problema. Circunstância que sempre nos chamou a atenção foi o grande número de transplantes de coração, realizados quase de maneira competitiva, apesar de algumas críticas feitas a essas operações, principalmente no que diz respeito à qualificação das instituições que praticam essas operações.

O notável progresso das ciências biológicas, bem como o aprimoramento vertiginoso da técnica, trouxe uma nova conceituação no campo social, jurídico, moral e médico, no que se refere ao direito sobre o cadáver, e isso vem repercutindo profundamente na ordem jurídica constituída. Em princípio, não se pode esquecer que o cadáver tem um estatuto que lhe é próprio, determinado pela tradição e pela piedade, baseado no culto dos mortos, muito antigo, mas ainda atual, e que se assenta essencialmente sobre os valores morais que ele representa, e não sobre a matéria de que se compõe. É ele, indiscutivelmente, um objeto de piedade e justa homenagem. Sua existência material tem uma significação secundária, mas os valores morais que representa são, na verdade, de importância transcendente. Daí,

uma das razões da dificuldade de se determinar o momento em que o homem deixa de existir.

Acrescente-se, ainda, o fato de ser constantemente criticado o transplante cardíaco, em serviços inadequados, principalmente em virtude de as medidas imunossupressoras se apresentarem com resultados duvidosos. Por outro lado, as objeções são feitas em face das raríssimas, ou quase nenhuma, experiências em animais, a fim de se provar a validade de tais procedimentos.

Por mais discreta que seja a maneira de proceder no interior das clínicas, é certo que existem dúvidas de que os corações transplantados são provenientes de pessoas que ainda viviam, e que os cirurgiões que realizam tais intervenções baseadas na ideia de um novo conceito de morte, firmado na atividade elétrica do cérebro, em detrimento de um conceito global de vida.

Mesmo assim, não poderíamos negar que esse material anatômico, que é o cadáver, começa a despertar um evidente interesse, constituindo, paulatinamente, fator de grande importância no mundo dos vivos. Seu uso não se restringe apenas aos fins didáticos, clínicos ou científicos, mas agora, também, à finalidade terapêutica.

Não se pode esquecer que o futuro dos transplantes de coração e de outros órgãos seja promissor, principalmente quando as condições tecnológicas, os meios laboratoriais e a terapêutica antirrejeição tornam-se cada vez mais eficientes. (Ver Resolução de Estocolmo, adotada pela 46.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da AMM.)

## **18.2. CRITÉRIOS TÉCNICOS**

O Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, desde junho de 1968, em Genebra, estabeleceu vários critérios técnicos disciplinadores dos transplantes de coração no homem, enfatizando entre outras coisas:

1. os transplantes cardíacos representam, no momento atual, uma operação de risco, que deve ser realizada como única alternativa em casos de cardiopatias graves, em que a morte seja iminente, quando não há, portanto, nenhuma possibilidade de tratamento pelos meios clínicos ou cirúrgicos convencionais;
2. a equipe que proceder a esses transplantes deve ter um programa estabelecido para essas operações, e o conhecimento dos problemas e das limitações que encerram tais atos;
3. a necessidade de certa experiência sobre terapêutica imunológica;
4. a presença de equipes que possam cuidar do paciente – antes, durante e depois da operação, de forma adequada e eficiente;
5. na eleição do doador, devem-se considerar as condições perfeitas do coração no momento do transplante, o estudo imunológico da compatibilidade entre doador e receptor, e o critério irrefutável de morte;
6. as equipes de transplante devem consolidar suas experiências em mamíferos superiores, permitindo-se tirar conclusões sobre a técnica cirúrgica, a rejeição dos enxertos e a melhor maneira de preveni-la;
7. não esquecer que a finalidade precípua dos transplantes é o bem-estar do paciente, e que, mesmo sendo iminente o risco, essa cirurgia só poderá ser permitida quando os recursos terapêuticos foram todos exauridos, devendo ainda ser o enfermo previamente informado do ato a se realizar;
8. a instituição que venha a realizar os transplantes de coração deve contar com duas equipes completamente distintas, tendo uma delas a responsabilidade de atestar, ante a irreversibilidade da vida do doador, a inexistência de qualquer tratamento ou recurso eficaz, e a outra terá como incumbência apenas as operações de transplante.

A Academia Nacional de Ciências dos EUA (*Ethical Guidelines for Organ Transplantation, Judicial Council*, JAMA, trad. do A., vol. 205, 51/ag./1968), de maneira muito mais rigorosa, ao tratar do assunto, assim se definia: “A equipe cirúrgica deverá ter grande experiência em transplantes de coração, adquirida em animais de experimentação, e deverá demonstrar que possui não só competência técnica, senão também conhecimento completo dos processos biológicos que garantam a sobrevivência do enxerto, ou seja, dos meios de combater a rejeição. Investigadores competentes em imunologia, especialmente na determinação de grupos tissulares, bem como no tratamento imunossupressor, deverão colaborar intimamente com a equipe cirúrgica”.

Flamínio Fávero, em *O transplante de coração em seus aspectos médico-legais*, Ética, 1974, publicação do Conselho Regional do Estado da Guanabara, também estabelecia:

“1.º – A segurança absoluta de que a intervenção não é uma experiência *in anima nobili*, mas visa, incontestavelmente e apenas, a uma ação terapêutica no paciente.

2.º – A exclusão absoluta de uma finalidade sensacionalista na intervenção, cercada de publicidade exagerada, censurável, então, por quem queira se abrigar sob o pálio protetor e sagrado da ética tradicional, que corre qual rio de águas puras, brotado das lições do sábio de Cós, o pai da Medicina.

3.º – O intransigente e absoluto respeito à regra multissecular do segredo profissional, coluna mestra da arte hipocrática, intangível desde que não haja mal maior a evitar com a sua guarda, segundo os preceitos estabelecidos pela mesma ética.

4.º – O diagnóstico seguro da realidade da morte do doador do coração. Diagnóstico precoce, por certo, o que se impõe, mas de inabalável firmeza. Ai, porém, da certeza da Medicina, na qual, como no amor, *on ne dit ni jamais ni toujours*.

5.º – A real necessidade da terapêutica heroica de exceção, do transplante, para beneficiar o paciente ou receptor e salvar-lhe a vida”.

Por outro lado, algumas sociedades de especialidades ligadas aos transplantes de rim insistem em rejeitar, como doadores, pessoas vivas não aparentadas com o receptor, excetuando-se marido, mulher e filho adotivo, em face da possível comercialização e, também, porque o resultado desses transplantes em nada seria melhor do que os obtidos com rim de cadáver em morte encefálica.

A Lei n.º 9.434/1997, no que diz respeito à cessão de órgãos e tecidos de doadores vivos, preceitua que é permitido à pessoa maior e capaz dispor daqueles elementos para fins humanitários, que a autorização deve ser especificada quanto à parte objeto da retirada e que corresponda a uma necessidade, comprovadamente indispensável, para o paciente receptor.

Vale dizer ser imperativo que, além dessa necessária intervenção, seja o doador maior de idade, no gozo pleno de suas faculdades mentais, de boa saúde, e que tenha manifestado, tácita ou expressamente, seu consentimento, após prévia informação das consequências de sua decisão. Entre outras coisas, isso significa que os menores de idade, mesmo com o consentimento dos pais, os doentes mentais, os silvícolas e os surdos e mudos que não possam expressar sua vontade não podem ser doadores, pois a lei civil os considera relativa ou absolutamente incapazes, a não ser nos casos de doação de medula óssea.

Fora dessas considerações, ficam resguardados apenas os interesses de ordem técnica e os critérios em torno do receptor concreto, em face dos problemas da histocompatibilidade, peculiaridades essas que garantem o êxito da operação de transplante.

Por isso, não há nenhuma objeção de ordem ética ou legal no fato de o médico usar, como doadores renais, pessoas vivas não aparentadas com o receptor, desde que a doação seja livre, consciente, desinteressada e o seu consentimento tenha sido outorgado após prévia informação sobre as possíveis consequências da intervenção doadora.

### 18.3. ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

O problema de transplante de órgãos e tecidos não interessa apenas à clínica, à cirurgia e à imunologia, mas também afeta os princípios básicos da Ética e do Direito. Quando está em jogo uma vida humana e surgem dúvidas em relação à vida de outrem, começamos a pisar num terreno de significações transcendentais. Assim, entre outros fatos, surgem:

1. *O consentimento do receptor.* O médico não pode dispor incondicionalmente da vida do seu paciente a ponto de obrigá-lo a aceitar uma conduta terapêutica, a não ser diante de iminente perigo de vida.

Nos transplantes, entretanto, deve o médico informar ao doente todos os riscos operatórios, as possibilidades de êxito e a duração possível de sua sobrevivência. É certo que em tais situações necessita-se de um determinado cuidado, o que não impede, todavia, uma conscienciosa informação, através de uma boa preparação psicológica que ajude a se obter uma maior colaboração do enfermo. É melhor sermos sinceros e às vezes até rigorosos com uma verdade do que obtermos um consentimento com fraude.

Se o receptor é menor ou incapaz, o consentimento deverá ser dado pelos pais ou pelos seus representantes legais. Na ausência destes, pode-se admitir até o consentimento de pessoas qualificadas a fim de se manifestarem no interesse do paciente, desde que a intervenção seja imperiosa e inadiável.

2. *A condição de doador.* A Lei n.º 9.434, de 2 de fevereiro de 1997, estabelece, em seu artigo 4.º, que todos os brasileiros passam a ser doadores automáticos, a menos que expressem vontade em contrário na carteira de identidade ou de motorista. Desta forma, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo de todos os indivíduos que não tenham nas citadas carteiras a expressão “não doador”, independentemente da manifestação da família quando se tratar de doador morto. No que diz respeito ao doador vivo, quando juridicamente capaz de dispor de seus órgãos, a doação será permitida desde que se trate de órgãos duplos cuja retirada não impeça o organismo doador continuar vivendo sem risco, que não comprometa as aptidões vitais e que não cause mutilação ou deformação inaceitável. A doação do corpo vivo a pessoas não aparentadas poderá ser realizada. O autotransplante dependerá apenas do consentimento do próprio indivíduo e, caso seja ele menor ou incapaz, com a autorização dos seus responsáveis legais.

É preciso também que o doador seja prévia e devidamente informado das consequências previsíveis em face de sua decisão e que manifeste seu consentimento de forma expressa, consciente, altruísta e livre.

Por fim, é lícito que o doador conheça o destino do seu órgão extraído para determinada pessoa, ou seja, que o transplante seja realizado num receptor concreto. Nunca no sentido de estocagem.

No entanto, se o doador está morto, mesmo a despeito da lei, devem os médicos obter a permissão dos familiares para o transplante que se deseja realizar, através de uma autorização por escrito.

3. *Garantia do sigilo.* É recomendável que se mantenha o anonimato, principalmente do doador, em respeito à sua privacidade e a certos interesses de ordem material ou econômica, em face da agressão à sua integridade física ou funcional, mesmo estando a doação regulamentada em lei.

4. *A isenção da equipe no diagnóstico da morte.* O artigo 43 do Código de Ética Médica proíbe que os médicos responsáveis pelo transplante tenham qualquer interferência no diagnóstico da morte ou nos critérios da suspensão dos meios artificiais de vida de um possível doador. Isso, além de evitar uma ou outra insinuação maldosa, mantém os técnicos interessados na doação isentos de alguma forma de influência ou decisão no momento de desligar ou suspender os meios artificiais de vida.

5. *A não participação da equipe no comércio de órgãos.* O ideal será que a participação dos

médicos em questão de doação de órgãos seja sempre no sentido de estimular o altruísmo e a consideração ao próximo. No entanto, não é exagero dizer da existência de verdadeiros “mercados de estruturas humanas”, que vão desde a compra e venda até os chamados “incentivos” financeiros, práticas essas que devem ser condenadas, não só pela agressão aos postulados ético-morais, mas, ainda, pelo que possa trazer isso de nocivo na relação entre as pessoas e no que pode estimular o desespero de alguma delas. Mesmo que uma pequena fração venha defendendo a ideia da doação de órgãos através de “recompensas”, considerando até não existir nada de errado, principalmente quando se trata de um ente seu, tal prática deve ser censurada, tanto pelo que ela macula a dignidade humana quanto pelo incentivo de mercados de “compra e venda”, certamente até com os anúncios de jornais.

6. *O respeito aos critérios de morte.* A Resolução CFM n.º 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina, considerando a necessidade de interromper judiciosamente a vida vegetativa nos casos de coma *depassé* e considerando a necessidade de adotar critérios indiscutíveis para a ocorrência de morte no interesse da transplantação de órgãos e tecidos para fins humanitários, adota os seguintes princípios:

“Art. 1.º A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2.º Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no ‘termo de declaração de morte encefálica’ anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3.º A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4.º Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia.

Art. 5.º Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) de 7 dias a 2 meses incompletos – 48 horas

b) de 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas

c) de 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas

d) acima de 2 anos – 6 horas

Art. 6.º Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

a) ausência de atividade elétrica cerebral, ou

b) ausência de atividade metabólica cerebral, ou

c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7.º Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) acima de 2 anos – um dos exames citados no art. 6.º, alíneas *a*, *b* e *c*;

b) de 1 a 2 anos incompletos – um dos exames citados no art. 6.º, alíneas *a*, *b* e *c*. Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;

c) de 2 meses a 1 ano incompleto – 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;

d) de 7 dias a 2 meses incompletos – 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8.º O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os

exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9.º Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n.º 1.346/1991”.

#### **18.4. COMENTÁRIOS À NOVA LEI DOS TRANSPLANTES**

A Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, excetuando o sangue, o esperma e o óvulo, é superior às suas anteriores – Leis n.ºs 5.479/1968 e 8.489/1992, mas ainda traz algumas omissões e equívocos, como veremos mais adiante.

O primeiro passo importante da nova lei foi autorizar a realização de transplantes apenas em instituições públicas ou privadas que estejam na gestão nacional do Sistema Único de Saúde, evitando assim a transplantação em hospitais desfalcados de meios materiais e de pessoal qualificado para tal empreendimento.

Manteve o atual estatuto a aceitação do critério de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, de acordo com os critérios clínicos e tecnológicos definidos pelo Conselho Federal de Medicina, cuja norma em vigor é a Resolução CFM n.º 1.480, de 9 de agosto de 1997. Determina que os prontuários médicos contenham os laudos de exames recentes à morte encefálica e os detalhes dos atos cirúrgicos referentes ao transplante, os quais deverão ser mantidos em arquivos da instituição por um período de cinco anos no mínimo. Orienta também que os hospitais que realizam transplantes encaminhem relatório anual ao gestor estadual do SUS. Permite ainda que a família possa indicar médico de sua confiança para acompanhar a comprovação da morte encefálica.

O artigo 4.º é o mais polêmico, por tratar da doação presumida, pois, salvo manifestação em contrário, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo de todos os brasileiros. Apenas a expressão “não doador” na carteira de identidade ou de motorista isenta o indivíduo dessa condição. Admite que tal manifestação possa ser reformulada a qualquer época e, no caso de dois documentos de opções diferentes, quando na condição do doador morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente. Nos casos de indivíduos juridicamente incapazes, quando falecidos, será exigida a permissão expressa de ambos os pais ou de seus responsáveis legais. As pessoas não identificadas não podem ser doadoras. Foi vetada a autorização do médico legista e a citação em relatório de necropsia, por considerar-se que a matéria já é tratada convenientemente no Código de Processo Penal. Todavia, nos casos de morte natural sem assistência médica, a retirada de órgãos só poderá ser feita com autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pelo diagnóstico de morte e citada no relatório de necropsia.

A disposição de tecidos ou órgãos do corpo humano vivo só é permitida se o doador for juridicamente capaz e se a cessão for gratuita. Foi vetado o § 1.º do artigo 9.º que permitia tal doação apenas entre cônjuges, pais, filhos e irmãos. Vetado também o parágrafo seguinte que autorizava doação entre não aparentados, desde que com a autorização judicial. A justificativa dos vetos foi no sentido de

que não há nenhuma razão para se restringir a doação entre não parentes, quando não há risco para a própria saúde e quando a comercialização de órgãos já está coibida em outros dispositivos da lei. Está permitida a doação de órgãos duplos intervivos desde que não impeça o organismo doador de suas funções, não represente comprometimento para a saúde e não cause mutilação ou deformação inaceitável, tudo isso ainda se justificado como terapêutica indispensável ao receptor. As pessoas juridicamente incapazes poderão fazer doação de medula óssea desde que haja consentimento de ambos os pais ou de seus responsáveis legais, e desde que essa doação não ofereça risco para a sua saúde. A gestante está impedida de doar partes, órgãos ou tecidos de seu corpo vivo, a não ser que se trate de transplante de medula óssea e o ato não ofereça risco à sua saúde ou ao seu feto. Nos casos de autotransplante, basta o consentimento do próprio indivíduo e o registro no seu prontuário médico, e sendo ele incapaz a autorização dos pais ou de seus representantes legais.

O receptor também será devidamente informado e dará seu consentimento expresso, depois de conhecer os riscos. Quando ele for incapaz ou quando suas condições de saúde impeçam ou comprometam sua manifestação de vontade, esse consentimento será dado pelos pais ou seus representantes legais.

Será proibida a publicidade que configure divulgação de estabelecimentos autorizados a realizar o transplante, apelo público no sentido de doação de órgãos para pessoa determinada e apelo público para arrecadação de fundos para financiamento de transplante em benefício de particulares. Determina ainda a pré-falada lei que os órgãos de gestão nacional, regional e local do SUS realizarão periodicamente campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados com a doação de órgãos.

Foi vetado um dispositivo que dava o prazo máximo de dois anos, a partir da publicação da Lei, para os gestores do SUS constituírem as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, e organizarem lista única de pacientes receptores. A justificativa do veto foi a intervenção do Poder Legislativo em matéria de competência do Poder Executivo, no que diz respeito à criação e estruturação de setores cuja atribuição é dos Ministérios e dos Órgãos de Administração (Constituição Federal, artigo 61, II, e). No entanto, ficou estatuído que todos os estabelecimentos de saúde estão obrigados a informar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos o diagnóstico de morte encefálica em pacientes por eles atendidos.

Finalmente, a Lei atual prevê uma série de sanções quando da remoção de órgãos, tecidos ou partes de pessoa ou cadáver fora das condições da lei, quando da compra e venda dessas estruturas, mesmo aos que intermediarem tal renegociação, quando da realização de transplantes fora das considerações ali referidas. Pune também administrativamente as equipes e estabelecimentos de saúde com suspensão temporária, ou definitiva da autorização das atividades, quando públicos, e no caso dos privados, até a suspensão dos contratos ou convênios.

## **18.5. O DECRETO REGULAMENTADOR**

O Poder Executivo, até com certa presteza, regulamentou a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, através do Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997.

Fica criado neste diploma do Sistema Nacional de Transplante, cuja função será desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos, a partir do conhecimento de morte encefálica em qualquer ponto do território nacional, assim como o destino daquelas estruturas. Integram o Sistema Nacional de Transplante o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, os estabelecimentos hospitalares

autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização dos transplantes.

São criadas também as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, incumbidas de coordenar as atividades de transplante no âmbito estadual, promover a inscrição dos receptores potenciais, classificação dos possíveis beneficiários, colher as notificações de morte encefálica, providenciar transporte dos órgãos, encaminhar relatórios ao SNT, controlar fiscalizar as atividades de que trata o presente Decreto e aplicar penalidades.

Fica também permitida a criação de Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos em Municípios-polo de região, vinculadas às estaduais.

A retirada das estruturas mencionadas só poderá ser feita por equipes autorizadas e especializadas, sempre em estabelecimento de saúde previamente cadastrado no Ministério da Saúde. Esta autorização terá um prazo de dois anos, podendo ser renovado por períodos iguais e sucessivos. Os estabelecimentos de saúde autorizados para essas tarefas deverão contar com instalações e serviços adequados à execução da retirada e transplante, atendendo às exigências mínimas regulada neste diploma, como equipes especializadas, pessoal qualificado, instrumental e equipamentos adequados, entre outros.

Um dos pontos controvertidos deste Decreto é o da retirada de órgãos, tecidos ou partes, após a morte, independentemente do consentimento da família, desde que isso não tenha sido manifestado em vida pelo falecido. Outro ponto também discutível é o da estrita observação à ordem de receptores inscritos, excluindo assim a possibilidade da doação entre familiares, pelo fato de eles não estarem rigorosamente na frente da lista dos receptores cadastrados.

O Decreto não proíbe a doação intervivos entre aparentados, apenas que nos transplantes de rins exija-se a comprovação de, pelo menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consanguíneos, na linha reta ou colateral, até o terceiro grau inclusive. Mantém as regras da doação de órgãos de pessoas juridicamente incapazes, no que se refere à medula óssea. Assim como o conhecimento prévio dos riscos do transplante ao doador vivo e ao receptor.

Fica estabelecido também que os prontuários deverão conter: I – *no doador morto*: laudos de exames realizados para comprovação da morte encefálica e para viabilização da utilização dos tecidos, órgãos e partes que lhe tenham sido retiradas; II – *no doador vivo*: resultado de exames para avaliar as possibilidades de retirada e transplante das estruturas, assim como a comunicação ao Ministério Público; III – *no do receptor*: a prova do seu consentimento, cópia dos laudos de exame previstos, bem como os realizados para estabelecer a compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Por fim, além dos critérios e recomendações já existentes na atual Lei dos Transplantes, o Decreto regulamentador estabelece que os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos e partes, realizados por estabelecimentos hospitalares privados, poderão ser custeados pelo Ministério da Saúde, em valores fixados em tabela e ser aprovada, mediante declaração do receptor ou por sua família, na presença de funcionários das centrais, de que os serviços foram realmente executados e não cobrados.

## **18.6. CRÍTICAS À LEGISLAÇÃO ATUAL DOS TRANSPLANTES**

Em primeiro lugar, deve ficar bem evidente que todos estão cientes da importância de uma legislação sobre tecidos, órgãos e partes do corpo humano, assim como da indiscutível contribuição que a transplantologia vem dando a essa notável *medicina de substituição*. Isso, todavia, não é o bastante para que se prive a discussão que chama a atenção de alguns pontos, os quais merecem uma reflexão,

principalmente do Poder Público, em favor dos interesses maiores da sociedade.

O fato mais discutido e controverso é o que estatuem os artigos 4.º da Lei n.º 9.434/1997 e 14 do Decreto n.º 2.268/1997, quando estabelecem de maneira categórica que todos os brasileiros são doadores automáticos, desde que não tenham se manifestado em contrário na carteira de identidade ou de motorista, através da expressão “não doador”. Cria-se, desse modo, a doação “presumida”.

A expressão em si já é absurda. Não existe doação que não seja manifesta e espontânea, traduzida como gesto de solidariedade e altruísmo. A presunção deveria ser em sentido contrário, isto é, o corpo só poderia ser usado como reserva de tecidos e órgãos após a morte de quem houvesse se manifestado expressamente como “doador”. Nos casos de não manifestação como doador, a decisão seria da família.

Se a justificativa para tal disposição for a de permitir a incrementação do número de transplantes entre nós, acreditamos existir um sério engano, pois, na verdade, se não há mais transplantados, isso se deve à inexistência de condições de atendimento a esse tipo de paciente, vítima, como outros, do aviltamento do setor assistencial médico-hospitalar, que peca desde a falta de leitos até o desestímulo dos profissionais do setor público, ante seus vergonhosos salários.

O aumento de transplantes noutros países, mesmo naqueles onde se adotou o eufemismo da “doação presumida”, deve-se muito mais à organização das estruturas que promovem os transplantes e a notificações mais precoces da ocorrência de morte encefálica, sem deixar de considerar que o esclarecimento e a conscientização da comunidade são muito importantes em tais propostas. Acreditamos que será muito prejudicial aos programas de transplantes a retirada de órgãos de uma pessoa que não se manifestou como “não doadora”, principalmente quando em confronto com a vontade dos familiares que, em muitas ocasiões, não aceitam, ainda, a suspensão dos meios artificiais de vida num quadro de coma *dépassé*. É muito justo que os familiares dos doadores decidam se os órgãos devem ser ou não retirados para o transplante. Também é negativo para esse projeto que indivíduos sejam constrangidos a declarar em documento público que não quer doar seus órgãos, muitas vezes por simples convicção religiosa.

Além do mais, entendemos que a atual legislação dos transplantes é inconstitucional, uma vez que ela viola frontalmente o princípio consagrado da liberdade individual, expresso de forma clara na Constituição Federal. Some-se a isso a gravidade da apropriação indevida do corpo humano pelo estado. Tradicionalmente, a disponibilidade do corpo sempre foi da família. O estado não tem essa titularidade, pois o direito natural é dos familiares. É perigoso afrontar os institutos imemoriais. Ainda mais: a forma como se processa a doação na presente legislação transforma o corpo humano em simples objeto.

Outra situação polêmica e contraditória é a da estrita observação à ordem de inscrição dos receptores, ficando as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos presas a esse critério. Não se discute aqui o caráter democrático da distribuição de órgãos por tal sistema, mas é injusto admitir-se que um indivíduo não possa doar a um parente próximo pelo fato de ele não ser o primeiro da lista.

Por outro lado, não deve apenas constar da lei que a captação e distribuição de órgãos serão feitas por órgãos públicos, sob a gestão do SUS. É preciso estruturar corretamente esses órgãos, pois, como se sabe, não existe insuficiência de doadores, mas de meios para a transplantação. Basta ver o que se perde por inadequação na manutenção do doador. É muito importante que, após o diagnóstico de morte encefálica, existam condições nas Unidades de Terapia Intensiva para acompanhamento dos possíveis doadores. E estas unidades, na maioria das vezes, ainda se mostram precárias até mesmo para os pacientes salváveis.

Corre-se o risco também de desestimular as campanhas de doação de órgãos, em virtude da existência de uma norma que pode levar a entender ser a solução do problema.

A não informação sobre pacientes descerebrados nas unidades hospitalares é outra questão muito delicada num programa dessa ordem. Os médicos, na sua maioria, não sabem a quem e como informar a existência de um doador potencial.

Por fim, é necessário enfatizar que o problema dos transplantes não será resolvido apenas com a edição de uma lei e de um decreto. Nem muito menos a questão da doação de órgãos. É preciso implementar uma política de redefinição e reestruturação mais profunda no setor de saúde, bastando para tanto, entre outros, pensar no que representa em termos de custos um transplante de coração, de fígado, ou mesmo de rim.

## **18.7. MERCADO DE ESTRUTURAS HUMANAS**

Mesmo que se defendam modificações no comportamento das pessoas em relação ao *mercado de estruturas humanas*, que vão desde compra e venda de órgãos até os chamados “incentivos financeiros”, estas práticas não devem merecer condescendência pelas graves violações éticas e pelas desastrosas repercussões que isso certamente causará entre as pessoas.

Ainda assim, há uma minoria que defende a doação de órgãos e tecidos mediante recompensa, considerando não existir nada de imoral nem nenhum atentado à ordem pública, até porque sua total condenação iria gerar negócios clandestinos e de difícil controle. E fazem uma diferença entre a doação recompensada e o comércio desmedido, pois enquanto este último, entre outros, descamba para o mercado de compra e venda com anúncios em jornais, a doação incentivada (*rewarded donors*) transcorre num processo menos degradante, afirmam eles.

A verdade é que, ao se considerar o corpo humano como *res extra commercium*, outra coisa não se quis senão garantir sempre o princípio da integridade e da dignidade de cada homem e de cada mulher.

A discussão sobre a questão da doação de órgãos deve passar pelo campo da ética, onde se tenha a firme convicção contra o mercado de estruturas humanas, infenso a qualquer incentivo de ordem material, mas imbuído de uma atitude voltada para salvar a vida de outras pessoas, tudo isso traduzido por um gesto de abnegação e solidariedade humana.

## **18.8. VENTILAÇÃO ELETIVA PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**

O primeiro óbice a ser levantado quando se procede à ventilação eletiva em um indivíduo, antes da morte encefálica, para a colheita posterior de órgãos, é o da não autorização dos familiares, principalmente porque tal procedimento não traz nenhum benefício para este paciente.

Os defensores dessa prática afirmam que, com essa atitude antecipada, os pacientes transplantados são mais beneficiados, aumentando o índice de recuperação.

Todavia, a ventilação antes do diagnóstico da morte não deixa de ser uma agressão e, mesmo com a autorização dos familiares, ainda pode-se considerar ilícita e ilegal. Alguém poderá contradizer afirmando que não há muita esperança de recuperação, mas isso será apenas uma suposição, uma conjectura. Só se pode insistir numa conduta considerada legalmente compulsória se for em favor do paciente.

Entre um diagnóstico de morte e uma possibilidade de morte há um abismo. Outra coisa: o fato de o indivíduo ter-se declarado como “doador de órgãos” não autoriza que antes da morte haja uma ventilação eletiva, apenas para facilitar as condições de um transplante, antes de diagnosticada a morte.

Dá-se a entender também que a ventilação eletiva seria um procedimento de rotina em todos os

indivíduos vítimas de traumatismos graves de crânio, invertendo-se suas prioridades de tratamento pelo fato de ser um paciente com alto potencial de gravidade e de existir um programa que seleciona órgãos para transplante. Muitos desses pacientes serão encaminhados para os centros de terapia intensiva apenas pelo seu potencial de doador, o que é um contrassenso, pois os pacientes salváveis podem ser relevados na sua prioridade de tratamento. Em tese, pode-se afirmar que a prática de encaminhar um paciente para uma unidade de cuidados intensivos sem a perspectiva de benefício próprio é antiética e ilegal.

Pelo visto, o ponto crucial da questão é o diagnóstico de morte, através de critérios idôneos, recomendados e aceitos pelos órgãos competentes. Se um indivíduo não foi ainda considerado morto, cabe a quem o assiste usar de todos os meios em seu favor, e ninguém, neste particular, tem competência para justificar ou autorizar condutas adversas ao “melhor interesse do paciente”. Por outro lado, se este mesmo indivíduo encontra-se num estado de coma *dépassé*, sem nenhuma condição de recuperação, identificada pelos meios adotados no diagnóstico de morte encefálica, não é justo que se mantenha no que se chama “tratamento fútil”.

Mesmo nos casos de morte confirmada, pergunta-se se é lícito o procedimento *post mortem* que tenha como propósito preservar o corpo do doador para fins de transplantes de órgãos e tecidos. Se é justo, por exemplo, pedir à família a autorização para prorrogar o tempo de suspensão dos meios artificiais de vida. Muitos afirmam ter o médico a obrigação de suspender os meios artificiais de vida, desde que esses meios não tenham qualquer contribuição terapêutica.

Concluindo, podemos afirmar que, enquanto o paciente estiver vivo, todos os recursos devem ser empregados em seu benefício. Por outro lado, não se justifica a prática da ventilação eletiva com o único e exclusivo propósito de preservar certos órgãos para doação.

## **18.9. DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE ANENCÉFALOS**

É lícita a retirada de órgãos e tecidos para transplante de crianças anencéfalas após seu nascimento a termo?

Mesmo que haja o comovente gesto do consentimento materno da criança que vai nascer com esta alteração, é discutível a legalidade e a eticidade daquela conduta, principalmente se levarmos em conta os critérios adotados para um conceito criterioso de morte.

Os defensores da utilização de órgãos dos bebês anencéfalos, após o nascimento, admitem não ser necessário esperar a morte do tronco cerebral e a cessação da vida vegetativa autônoma, pois as crianças sem cérebro já foram consideradas cientificamente sem vida e incapazes de existir por si sós, quando das sentenças repetidas dos magistrados ao se pronunciarem autorizando o aborto. Muitos chegam até a considerar o anencéfalo como uma criança morta.

Por outro lado, existem, mesmo entre os neurologistas, aqueles que asseguram haver atividade do tronco cerebral nos anencéfalos, os quais sobrevivem por algum tempo mantendo a respiração, os movimentos e a sucção.

A situação é menos delicada quando se sabe que essas crianças, ainda que assegurada certa assistência, não apresentam condições para sobreviver por tempo razoável.

Diz-se que a retirada de órgãos de um recém-nascido anencéfalo é uma questão de apreciação legal. No entanto, não esquecer que a norma alusiva à utilização de órgão e tecidos humanos para transplantes faz referência à morte encefálica, traduzida pelos critérios adotados pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM n.º 1.480/1997).

Todo problema está aí. Saber se as condições neurofisiológicas de uma criança que nasce sem parte

do cérebro são as mesmas dos critérios apontados pela Resolução do CFM, a qual é clara no que diz respeito à morte ou à falência absoluta e irreversível do tronco cerebral.

Um conceito de morte, sob o ponto de vista biológico, deve estar fundamentado num fato que tenha uma linha divisória, irreversível e precisa, marcada por parâmetros semiológicos e técnicos, onde fique bem claro se um indivíduo está vivo ou morto, tudo isso sem qualquer abstração de ordem metafísica.

Diagnosticar a morte não é apenas comprovar a morte de um órgão, mesmo sendo ele importante para a vida. É, muito mais, comprovar a ausência de funções vitais que evidenciam danos estruturais ou orgânicos.

Alguns princípios tornam-se muito delicados a partir do momento em que tratamos das exceções, transformando-as em “casos especiais” e criando para cada uma delas regras casuísticas, tão só para resolver situações imediatas.

Os anencéfalos nascidos vivos, ainda que tendo uma atividade cerebral muito reduzida, apresentam manifestações de vida organizada e, por isso, dentro dos critérios atuais, seria difícil considerá-los em morte encefálica. Esta, por sua vez, não é um tipo especial de morte, mas um estado definitivo de morte.

E mais. Com certeza, quando essas crianças nascerem serão transferidas para as unidades de cuidados intensivos, submetidas à ventilação eletiva como potenciais doadoras de órgãos, até se encontrar um receptor ideal, nos moldes de verdadeiros armarinhos de estruturas humanas.

Enfim, resta saber se é possível reformular os critérios atuais da definição de morte, considerando-a como a perda irreversível das funções cerebrais superiores, sem levar em conta as funções do tronco cerebral. Isto, no entanto, não deixa de ser temerário – mudar no sentido permissivo, apenas para atender a situações limitadas e esporádicas na utilização de estruturas humanas para transplante. Ou entender que a retirada de órgãos de anencéfalos já acata as recomendações hoje adotadas no protocolo de morte encefálica de recém-nascidos, ou, finalmente, se tais procedimentos estão ultrapassando os limites tolerados pela ética e pela lei. Dizer, no entanto, que o anencéfalo está mais ou menos morto é um argumento no mínimo duvidoso.

## 18.10. TRANSPLANTE DE FACE

O transplante de face pode ser considerado como uma cirurgia tecnicamente possível, mesmo que se saiba das possibilidades de rejeição.

Por maiores que sejam as críticas a tal projeto, tanto no que diz respeito a seu aspecto ético como no concernente às dificuldades de ordem operacional, deve-se ter em conta o que isso pode representar de contribuição a determinados pacientes vitimados e desfigurados esteticamente, como por exemplo no caso dos grandes queimados. As técnicas microcirúrgicas hoje utilizadas em cirurgia bucomaxilofacial estão tão avançadas que não se pode enxergar esta cirurgia como uma ilusão.

Assim, para muitos, estas operações não seriam mais complexas sob o ponto de vista técnico que as demais realizadas em *transplantologia*, consistindo tão só na remoção de determinados tecidos de um indivíduo para outro. O grande problema seria a imunossupressão que afeta todos os transplantes e, nestes casos, os conflitos éticos, jurídicos e morais.

O Real Colégio de Cirurgiões da Inglaterra tem sua opinião a respeito do transplante de face e já admite que em virtude do conhecimento que já possuem nesta área da “medicina de substituição” poderia tal medida ser intentada, notadamente quando se tratar de autoenxertos. Chamam a atenção no entanto para o impacto psicológico do paciente tendo em conta que a face é um elemento central para se caracterizar uma identidade.

Na França ainda está proibida a tentativa de transplantar uma face de um morto para um vivo.

O Comitê Assessor de Ética da Fundação Espanhola para a Ciência e a Tecnologia (FECYT) consultado sobre o assunto respondeu: “Em que pese os recentes avanços em microcirurgia reconstrutiva aplicados à cirurgia plástica facial, existe ainda uma considerável limitação nos resultados que se podem obter com as técnicas de autotransplante de tecidos, especialmente em pacientes desfigurados depois de sofrerem grandes queimaduras faciais”. E enfatiza: “O problema maior seria se estas técnicas tiverem a única e exclusiva finalidade de alterar a fisionomia humana para fins criminosos”.

## 18.11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, G.; GARrafa, V. *A mercadoria final: ensaio sobre a compra e venda de partes do corpo humano*. Tradução de José Colaço Barreiros. Portugal: Difel, 1997.
- CARDOSO, A. *Responsabilidade civil e penal dos médicos nos casos de transplantados*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.
- CASABONA, C. M. R. *El médico ante el derecho*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
- CASSI, H. V. Aspectos éticos e legais dos transplantes de órgãos. *Arq. Cons. Reg. Medicina PR*, n. 8, p. 137-141, 1991.
- CECHINE, A. L. *Ética en medicina*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.
- CHAVES, A. *Direito à vida e ao próprio corpo: intersexualidade, transexualidade, transplantes*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: RT, 1994.
- DIERKENS, R. *Le droit sur le corps et le cadavre de l'homme*. Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1966.
- FERRAZ, S. *Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução*. Porto Alegre: Fabris, 1991.
- FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010
- \_\_\_\_\_. Direitos sobre o corpo à luz da ética e da lei. *O Médico Moderno*, São Paulo, v. 14, n. 1, abr. 1974.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (V)*. Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (X)*. Recife: Edupe, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- FREIRE DE SÁ, M. F. *Biodireito e direito ao próprio corpo: doação de órgãos incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.
- GAFO, J. *Transplantes de órgãos: problemas técnicos, éticos y legales*. Madrid: Ediciones Gráficas Ortega, 1996.
- GONÇALVES, E. L. Transplantes de órgãos: alguns problemas éticos. *Revista do Hospital das Clínicas de São Paulo*, v. 24, n. 4, 1969.
- MARREY NETO, J. A. *Transplante de órgãos: disposições penais: notas às disposições penais contidas na Lei n. 8.489, de 18.11.1992*. São Paulo: Saraiva, 1995.
- MARTINS, A. C. *A colheita de órgãos e tecidos nos cadáveres: responsabilidade criminal nas intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos: o artigo 150.º do Código Penal*. Coimbra: Coimbra Ed., 1986.
- NAVARRO, S. *Pio XII y los médicos*. Madrid: Conculsa, 1964.
- NOBRE, F. *O transplante de órgãos à luz do Direito*. Brasília: Coord. Edit. de Brasília, 1975.
- SANT'ANNA, N. Comentários à Lei dos Transplantes. *Anais do I Congresso Brasileiro de Medicina Legal*, Rio de Janeiro, 1968.
- SANTOS, M. C. C. *Transplante de órgãos e eutanásia: liberdade e responsabilidade*. São Paulo: Saraiva, 1992.
- SANTOS, R. M. P. *Dos transplantes de órgãos à clonagem: nova forma de experimentação humana rumo à imortalidade?* Rio de Janeiro: Forense, 2000.
- SNOK, J. *Transplantação humana entre vivos humanos*. Petrópolis: REB, 1959.
- TODOLI, O. P. J. *Ética dos transplantados*. São Paulo: Merder, 1968.
- ZERBINI, J. O futuro dos transplantes. *Atualidades Médicas*, v. I, n. 9, 1969.

## EUTANÁSIA

**Sumário:** 19.1. Introdução. 19.2. Fundamentos. 19.3. Aspectos éticos. 19.4. No fim da vida: um itinerário de cuidados. 19.5. Testamento vital (*living will*). 19.6. O paciente que vai morrer: direito à verdade. 19.7. Tratamento da dor crônica. 19.8. A alienação da dor. 19.9. Sacralidade e qualidade da vida. 19.10. Sobrevivência privilegiada. 19.11. Conclusões. 19.12. Referências bibliográficas.

### Código Penal

Art. 121. Matar alguém. Pena – reclusão, de seis a vinte anos.

§ 1.º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral (...), o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena – reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma, ou reclusão de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

### Resolução CFM n.º 1.480, de 8 de agosto de 1997

Art. 1.º A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2.º Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no “termo de declaração de morte encefálica” anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3.º A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4.º Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia.

Art. 5.º Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos: 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto: 24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos: 12 horas
- d) acima de 2 anos: 6 horas

Art. 6.º Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma

inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral, ou
- b) ausência de atividade metabólica cerebral, ou
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7.º Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) acima de 2 anos: um dos exames citados no art. 6.º, alíneas *a*, *b* e *c*;

b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no art. 6.º, alíneas *a*, *b* e *c*. Quando se optar por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;

c) de 2 meses a 1 ano incompleto: 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;

d) de 7 dias a 2 meses incompletos: 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8.º O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9.º Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n.º 1.346/91.

### **Código de Ética Médica**

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

*É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1.º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2.º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

## 19.1. INTRODUÇÃO

Eutanásia quer dizer morte piedosa, morte benéfica, fácil, doce, sem sofrimento e dor, boa morte, crime caritativo, ou, simplesmente, direito de matar. Esta última expressão, direito de matar, é difícil configurar-se diante de um sentido ético-jurídico, pois direito é aquilo que está cristalizado na tradição e nos costumes. É uma prerrogativa reconhecida e sancionada conforme o interesse social e compatível com os princípios de consenso entre os homens. Assim, não se pode falar em *direito de matar*, nem em *direito de morrer*.

Mesmo que o doente esteja irremediavelmente condenado à morte próxima e em prolongado sofrimento, a eutanásia é sempre, em qualquer hipótese, um homicídio.

O ato de promover a morte antes do que seria de esperar, por motivo de compaixão e diante de um sofrimento penoso e insuportável, sempre foi motivo de reflexão por parte da sociedade. Agora, essa discussão tornou-se ainda mais presente quando se discutem os direitos individuais como resultado de uma ampla mobilização do pensamento dos setores organizados da sociedade e quando a cidadania exige mais direitos. Além disso, surgem cada vez mais tratamentos e recursos capazes de prolongar por muito tempo a vida dos pacientes, o que pode levar a um demorado e penoso processo de morrer.

A medicina atual, na medida em que avança na possibilidade de salvar mais vidas, cria inevitavelmente dilemas éticos complexos que permitem maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Além disso, “o aumento da eficácia e a segurança das novas

modalidades terapêuticas motivam também questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego exagerado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação”. O cenário da morte e a situação de paciente terminal são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da *preservação da vida* e do *alívio do sofrimento*.

Desse modo, disfarçada, enfraquecida e desumanizada pelos rigores da moderna tecnologia médica, a morte vai mudando sua face ao longo do tempo. A cada dia que passa, maior é a cobrança de que é possível uma morte digna, e as famílias já admitem o direito de decidir sobre o destino de seus enfermos insalváveis e torturados pelo sofrimento físico, para os quais os meios terapêuticos disponíveis não conseguem atenuar. O médico vai sendo influenciado a seguir os passos dos moribundos e a agir com mais *sprit de finesse*, orientado por uma nova ética fundada em princípios sentimentais e preocupada em entender as dificuldades do final da vida humana; uma ética necessária para suprir uma tecnologia dispensável. Neste instante, é possível que a medicina venha rever seu ideário e suas possibilidades, tendo a “humildade” de não tentar “vencer o invencível”.

Apesar do avanço da ciência, se auscultarmos mais profundamente a realidade sociológica atual nas comunidades de nossa convivência cultural, certamente vamos entender a complexidade e a profundidade do tema. Casabona, sobre isso, afirma que “tem de deixar-se assentado que a realidade se apresenta com uma complexidade muito superior, que dificulta a valorização da oportunidade da decisão a tomar. Afirmarções como ‘incurável’, ‘proximidade de morte’, ‘perspectiva de cura’, ‘prolongamento da vida’ etc. são posições muito relativas e de uma referência, em muitas ocasiões, pouco confiáveis. Daí a delicadeza e a escrupulosidade necessárias na hora de enfrentar-se com o caso concreto”.

O “direito de matar” ou o “direito de morrer” sempre teve em todas as épocas seus mais extremados defensores. Na Índia de antigamente, os incuráveis eram jogados no Ganges, depois de se lhes vedar a boca e as narinas com a lama sagrada. Os espartanos, conta Plutarco em *Vidas paralelas*, do alto do monte Taijeto, lançavam os recém-nascidos deformados e até anciãos, pois “só viam em seus filhos futuros guerreiros que, para cumprirem tais condições, deveriam apresentar as máximas condições de robustez e força”. Os brâmanes eliminavam os velhos enfermos e os recém-nascidos defeituosos por considerá-los imprestáveis aos interesses dos grupos.

Em Atenas, o Senado tinha o poder absoluto de decidir sobre a eliminação dos velhos e incuráveis, dando-lhes o *conium maculatum* – bebida venenosa, em cerimônias especiais. Na Idade Média, oferecia-se aos guerreiros feridos um punhal muito afiado, conhecido por *misericórdia*, que lhes servia para evitar o sofrimento e a desonra. O polegar para baixo dos césaes era uma indulgente autorização à morte, permitindo aos gladiadores feridos evitarem a agonia e o ultraje.

Há até quem afirme que o gesto dos guardas judeus de darem a Jesus uma esponja embebida em vinagre, antes de constituir ato de zombaria e crueldade, teria sido uma maneira piedosa de amenizar seu sofrimento, pois o que lhe ofereceram, segundo consta, fora simplesmente o *vinho da morte*, numa atitude de extrema compaixão. Segundo Dioscorides, esta substância “produzia um sono profundo e prolongado, durante o qual o crucificado não sentia nem os mais cruentos castigos, e por fim caía em letargo passando à morte insensivelmente”.

Assim admitida na Antiguidade, a eutanásia só foi condenada a partir do judaísmo e do cristianismo, em cujos princípios a vida tinha o caráter sagrado. No entanto, foi a partir do sentimento que cerca o direito moderno que a eutanásia tomou caráter criminoso, como proteção irrecusável do mais valioso dos bens: a vida. Até mesmo nos instantes mais densos, como nos conflitos internacionais, quando tudo parece perdido, em face das condições mais precárias e excepcionais, ainda assim o bem da vida é de tal

magnitude que a consciência humana procura protegê-la contra a insânia, criando regras para impedir a prática de crueldades irreparáveis. Outras vezes, a ciência, de forma desesperada, intima os cientistas do mundo inteiro a se debruçarem sobre as mesas de seus laboratórios, na procura dos meios salvadores da vida.

Pode a eutanásia ser discutida em torno de interesses emocionais ou econômicos, mas não encontrará jamais justificativas na lei natural do homem e na ciência do médico. As razões de ordem jurídica e médica valem mais, neste particular.

Morselli afirmava: “Por que seremos os médicos encarregados dessa triste missão de assassinar nossos semelhantes? Acreditar que um médico pudesse prestar-se a semelhante papel é tão absurdo como supor que um juiz seria capaz de transformar-se num carrasco”.

Villanova y Morales, no seu livro *O direito de morrer sem dor*, diz: “O médico que se crê autorizado a abreviar os dias de um enfermo atacado de uma doença é cúmplice da morte. O único objetivo da Medicina é fazer o bem em benefício da vida”.

José Belbey, citado por Nerio Rojas, de Buenos Aires, observa sobre a eutanásia: “Um assassinato médico; o médico seria um vulgar verdugo. Não é certamente essa a sua missão”.

Entre nós, Afrânio Peixoto, em seu clássico livro *Medicina legal*, enfatiza: “Toda sociedade constituída, todas as organizações do Direito têm fundamento implícito no respeito à vida humana. O médico, como técnico de cuidar dela, não pode, sob pretexto algum, sustá-la ou diminuí-la. É uma questão fechada de ética profissional. Não há médico legista que mereça o título e não tenha como dogma tal preceito de deontologia”.

A Academia de Ciências Morais e Políticas de França, reportando sobre o assunto, assim se expressou:

“Repudiar terminantemente todos os métodos destinados a provocar a morte dos seres considerados monstruosos, malformados, deficientes ou incuráveis porque, entre outras razões, toda doutrina médica ou social que não respeita sistematicamente os próprios princípios da vida conduz fatalmente, como experiências recentes demonstraram, a abusos criminosos e ao sacrifício de indivíduos que, apesar de seus defeitos físicos, podem, como prova a História, contribuir magnificamente para a edificação permanente de nossa civilização.

Considerar que a eutanásia e de um modo geral todos os métodos que tenham como efeito provocar por compaixão, nos moribundos, uma morte doce e tranquila, deve ser igualmente repudiado.

Sem dúvida, é dever do médico, enquanto suas possibilidades técnicas permitem, atenuar as angústias e os horrores da agonia quando se apresentem. Nestas circunstâncias, o medo de que sobrevenha a morte durante seus cuidados não deve deter suas iniciativas terapêuticas, porém não pode, sem dúvida, considerar como lícito o feito de provocá-la deliberadamente.

Esta opinião categórica se fundamenta, entre outros motivos, no fato de que nem sempre é possível diagnosticar, com absoluta certeza, a incurabilidade de seus pacientes, e que, ainda na hipótese de sua certeza, o emprego de tais métodos outorgaria ao médico uma espécie de soberania sobre a vida e a morte, soberania essa contrária à sua verdadeira missão, que é curar, contrária a suas tradições profissionais, à ordem pública e aos próprios princípios da moral milenar, que reconhece a esperança como um de seus fundamentos” (*apud* Eugenio Cuello Calón, *Tres temas penales*, Tradução de A., Barcelona: Casa Editorial Urgel, 1955, p. 134).

Em uma de suas memoráveis aulas, Estácio de Lima, citado por Flamínio Fávero, dizia que adoecera gravemente uma criança, a muitos quilômetros de Paris, anos atrás. Seu pai era médico e não se afastava do lado dela nem se descuidava de seu mal. Sua moléstia, porém, era a terrível e incurável difteria, para

a qual não havia remédio. Sofria esse homem duas vezes, o que é uma forma de sofrer mais: sofria como médico e sofria como pai. Usou todos os recursos possíveis e imagináveis para salvar sua filhinha, mas a asfixia era progressiva e a cianose anunciava-se como sinal precursor da morte. Desesperado, consultava Paris através de seus maiores vultos e a resposta não vinha. Desesperado e sem meios, pois sabia que a cura era impossível e o sofrimento insuportável, pensou em amenizar aquela dor. E naquele resto de noite injetou na criança uma forte dose de ópio, e o Anjo da Noite levou-a para o Vale das Sombras. Com o chegar do novo dia, vinha também de Paris um comunicado que dizia: “Roux descobriu o milagre. Segue o soro antidiftérico...”.

A Medicina, mesmo sendo a ciência dos milagres, não conseguiu, ainda, o milagre da ressurreição.

## 19.2. FUNDAMENTOS

Temos o direito de antecipar ou de permitir a antecipação da morte de um paciente, desde que autorizados, no sentido de proporcionar-lhe uma “boa morte”, quando o desenlace é fatal e inevitável? Quais as vantagens disso para a sociedade, para os familiares e para o paciente?

Antes, é necessário que se estabeleça a distinção que se vem fazendo ultimamente entre *eutanásia*, *ortotanásia* e *distanásia*.

A primeira seria uma conduta para promover a morte mais cedo do que se espera, por motivo de compaixão, ante um paciente incurável e em sofrimento insuportável. A ortotanásia, como a suspensão de meios medicamentosos ou artificiais de vida de um paciente em coma irreversível e considerado em “morte encefálica”, quando há grave comprometimento da coordenação da vida vegetativa e da vida de relação. E, finalmente, distanásia, como o tratamento insistente, desnecessário e prolongado de um paciente terminal, que não apenas *é insalvável*, mas também submetido a tratamento fútil.

Os que são contra a eutanásia não admitem que se transforme *in articulo mortis* uma agonia, mesmo dolorosa, e se outorgue o direito de antecipar uma morte, como forma generosa de suprimir a dor e o sofrimento. Essas pessoas não admitem que se ofereça à profissão médica tão triste sina – a de praticar ou facilitar a morte, em face de uma série de situações que venha ser considerada como constrangedora ou nociva aos interesses da própria sociedade.

Muitos já imaginam ver o médico na difícil situação de deixar o paciente sem entender se aqueles cuidados são em benefício de sua saúde ou de outros interesses não confessados. Assim, dizem eles, muitos pacientes, principalmente aqueles em estado grave, passariam a temer a presença do médico, sonegando informações indispensáveis.

Contrário à licitude da eutanásia, Mantovani ainda sugere três ordens de considerações: 1. *considerações de princípios*, levando em conta a irrenunciabilidade da intangibilidade da vida humana; 2. *considerações de ordem prática*, representadas pela inaceitabilidade da eutanásia piedosa, capaz de transformar casos isolados em fenômenos coletivos; pela relatividade dos diagnósticos de incurabilidade e dos prognósticos de morte iminente; pela possível superveniência dos novos tratamentos médico-cirúrgicos; pelo extremo subjetivismo do limite da insuportabilidade da dor; pela extrema dificuldade de acertar com a definitividade ou temporaneidade da vontade de morrer do paciente; em face da dúvida sobre a validade da liberdade e do consentimento prestado; pela dificuldade de distinguir entre o autêntico motivo altruístico da piedade e um suposto motivo egoístico-oportunista; 3. *considerações de oportunidade*, quanto à idoneidade moral e profissional do médico, à desconfiança do aparelho médico-hospitalar, à fuga dos internamentos hospitalares e às alterações de consequências complexas em torno de relações e situações jurídicas e não jurídicas que supõe a eutanásia como uma espécie de antecipação da

morte natural (Aspectos jurídicos da eutanásia, *Eutanásia*, Porto Alegre: Fasc. Cienc. Penais, v. 4, n. 4, p. 32-53, 1991).

Os defensores da eutanásia fundamentam sua validade nos seguintes argumentos: *incurabilidade*, *sofrimento insuportável e inutilidade*.

A incurabilidade é um prognóstico, uma presunção, uma conjectura. Por isso é ela duvidosa. Mesmo o diagnóstico, para o qual tantos são os recursos da técnica e da ciência, não apresenta, mesmo assim, um estágio de rigorosa exatidão. Somem-se a isto as disponibilidades terapêuticas e diagnósticas de cada lugar e a capacidade técnica e intelectual de cada médico. Dessa forma, a incurabilidade ainda se coloca de forma duvidosa, pois há enfermidades que numa época eram incuráveis e logo imediatamente não foram mais.

O sofrimento, por mais que ele comova, não pode constituir um meio seguro ou num termômetro para medir-se a gravidade de um mal, nem tampouco autoriza a decidir sobre questões de vida ou de morte: não pode servir como recurso definitivo para aferir tão delicada questão. A verdade é que a civilização de consumo começa a modificar a experiência da dor, esvaziando do indivíduo suas reações pessoais e transformando essa dor num problema de ordem técnica. Ivan Illich observa que “esse indivíduo não vê mais na dor uma necessidade natural, mas que ela se apresenta, desde logo, como resultado de uma tecnologia faltosa, de uma legislação injusta ou de uma carência de ordem social ou econômica”. A dor começa a perder seu sentido na linguagem comum e a se fortalecer como termo técnico. Desde o momento em que ela se tornou coisa manipulável, passando a ser matéria de superproteção, a sociedade aceitou tal procedimento e rendeu-se a ele, numa forma de solução aparentemente fácil para resolver seus fracassos.

O argumento de alguém ser inútil pelo fato de apresentar-se com uma doença incurável é inoportuno e desumano, pois é inadmissível rotular assim quem viveu, amou e contribuiu, e que agora não reunindo mais condições físicas ou psíquicas venha merecer tal consideração.

Os que defendem a eutanásia o fazem como um verdadeiro “direito de morrer com dignidade”, ante uma situação irremediável e penosa, e que tende a uma agonia prolongada e cruel. Desse modo, seria concedida aos médicos a faculdade de propiciar uma morte sem sofrimento ao paciente portador de um mal sem esperança e cuja agonia é longa e sofrida. O problema da morte piedosa ou por compaixão ao enfermo incurável e dolorido, consciente de seu estado, de sua doença, que deseja abreviar seus sofrimentos, seria visto como um ato de humanidade e justiça. Admitem até que o médico poderia chegar à eutanásia como um meio de cura, pois curar para tal entendimento não é só sanar, é aliviar também. E que o médico que administra uma dose letal de medicamento não pretende propriamente a morte do paciente, mas o alívio dos seus sofrimentos. Admitem ainda que o homem goza, dentre seus direitos, do privilégio de dispor de sua própria vida, quando, por sua livre e espontânea vontade, desistir de viver. Com esse pensamento, chegam a aceitar que o indivíduo pode dispor, em qualquer situação, de sua existência, muito mais quando gravemente enfermo e em doloroso sofrimento. Não haveria um delito a punir-se, mas um alívio na angústia e no sofrimento torturante.

A suspensão dos meios artificiais de um paciente *insalvável* e em estado de vida vegetativa é a situação que tem merecido maior compreensão da sociedade. Assim, diante de uma morte inevitável, cercada de muito sofrimento e diagnosticada pelos critérios rigorosos da “morte encefálica”, nem se pode dizer que exista eutanásia, pois este indivíduo já está morto pelo conceito atual que se tem de óbito. Não se pode considerar tal ocorrência como uma forma de matar porque, neste tipo de suspensão dos meios mecânicos de suporte da vida, diz Mackie (*The cement of the universe*, London: Oxford University Press, 1974), o médico não deu início ao curso dos eventos que levará o paciente à morte. Segre vai mais longe quando afirma: “Vê-se que já não se trata de autorizar, ou de proibir a prática da eutanásia, mas

apenas de definir se o paciente está vivo ou morto” (Eutanásia: aspectos médico-legais, *Rev. Ass. Med. Brasil*, v. 32, n. 77/8, 1966).

No que diz respeito à distanásia, quando se utiliza o “tratamento fútil”, não se está dizendo que o paciente deva ser abandonado. Propõe-se, neste estágio de morte declarada, quando apenas existe a sustentação de uma vida vegetativa por meios artificiais, a não obstinação terapêutica, onde o médico deve acompanhar o “paciente doente” e não a “doença do paciente”.

Assim, entendendo-se que a distanásia não é outra coisa senão a “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”, em cujo processo o tratamento tornou-se inútil, não há outro caminho mais sensato que o da suspensão dos meios artificiais dispensáveis e supérfluos. Dessa forma, a morte ocorrerá “no seu tempo”.

Nessas questões, existe uma interminável polêmica: deve prevalecer a sacralidade ou a qualidade da vida? A primeira representa aquilo que a vida humana tem na dimensão que exige a dignidade de cada homem e de cada mulher. E a qualidade da vida representa o conjunto de habilidades físicas e psíquicas que facultam ao ser humano viver razoavelmente bem.

Rachels faz uma distinção entre “estar vivo” e “ter vida”, ou seja, entre a vida no sentido *biológico* e a vida no seu aspecto *biográfico*. Com isso, ele quer individualizar um tipo de seres humanos que, mesmo estando vivos, não têm vida. O exemplo por ele apontado seria o de um portador da doença de Alzheimer. Para esse autor, estar vivo no sentido biológico tem pouca importância e, na ausência de uma vida consciente, é indiferente para o indivíduo estar vivo ou não. Além do mais, defende ele a chamada “tese da equivalência”, segundo a qual não existiria nenhuma diferença entre “matar uma pessoa” e “deixá-la morrer” (*La fine della vita. La moralita de eutanasia*, Torino: Sonda, 1986).

Em sua visão utilitarista, ele só considera imoral matar se isso vai privar o indivíduo dos seus desejos, de suas crenças e dos anseios que constituem um projeto de vida, atributos esses que justificariam continuar sua existência. A morte seria um mal não porque pôs fim ao estar “vivo”, mas ao fim da vida na sua perspectiva biográfica. Para ele, em certos casos, “matar não implica a destruição de uma vida”.

Tal posicionamento não apenas alcançaria as situações terminais da vida humana, mas avançaria a todos aqueles que por outra razão estivessem privados da consciência. O mais surpreendente desta posição é que a vida não é um valor no sentido moral, mas um bem apenas. Diante de tal postura, independe a condição de o paciente estar consciente e solicitar a ação eutanásica, pois não restaria nenhum valor humano para se proteger, mas apenas um estado biológico de uma vida subnormal.

Esta posição, além de ser moralmente inconsistente por considerar a vida como coisa possuída – na qualidade do “ter” e não na do “ser” –, admite ainda um pensamento consequencialista de que matar só é diferente do roubar pelo valor estimativo dos bens perdidos.

Quando se defende a ética da qualidade da vida, diante de situações bem concretas, em confronto com a posição tradicional da sacralidade da vida, não se quer com isso desprezar os valores da natureza humana nem “coisificar” a pessoa que existe em cada um de nós. A vida humana, independente da sua qualidade e ainda que se venha tomar certas medidas, tem o mesmo valor e o mesmo direito de ser preservada em sua dignidade. Todavia, se qualidade de vida significa tão somente a habilidade de alguém realizar certos objetivos na vida e, quando estas habilidades não mais existem, venha desaparecer a obrigação de tratar, aí então esse conceito é pobre e mesquinho. Outra coisa: na conceituação de qualidade e quantidade da vida vem se procurando determinar o que deve ser considerado ordinário ou extraordinário.

Para alguns, sobre isto, o Vaticano colocou-se de forma muito subjetiva e simplista, em *Declaração*

sobre a Eutanásia, ao afirmar: “Não se pode impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, representa um risco ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio; significa, antes, a aceitação da condição humana, ou preocupação de evitar adotar um procedimento médico desproporcional aos resultados que se podem esperar, ou vontade de não impor despesas demasiado pesadas à família ou à coletividade”. E quando afirma que “tomar decisões corresponderá em última análise à consciência do enfermo ou das pessoas qualificadas para falar em seu nome ou inclusive dos médicos, à luz das obrigações morais e dos distintos aspectos do caso”, parecem-nos demasiado permissivo para que em certos momentos, até mesmo por questões econômicas, alguém venha decidir sobre a licitude ética do que constitui morrer com dignidade.

Se o critério para o uso de um medicamento é fundamental na possibilidade de oferecer resultado a um paciente salvável, então isto é que vai determinar o que é ordinário ou não. A avaliação é sobre a qualidade da vida e não sobre a qualidade do meio. O difícil, parece-nos, é conceituar o que é “qualidade de vida” e estabelecer os limites mais objetivos ante a diversidade das situações apresentadas, e não conceituar o que seja “qualidade de meios”. O conceito de qualidade de vida torna-se complexo a partir do instante em que se admite ser todo juízo baseado em considerações qualitativas até certo ponto preconceituosas. E mais difícil ainda é classificar as pessoas baseadas em critérios de tipos de vida, ou justificar uma ética da qualidade da vida que se fundamenta no princípio simplista de que a um determinado paciente se ofereça todos os cuidados disponíveis ou não se ofereça nenhum.

Entender também que a qualidade da vida de uma pessoa não pode ser entendida como uma capacidade plena para o exercício de todas as habilidades. Não. O ser humano merece respeito a sua dignidade, independente do que ele consegue realizar. Ninguém existe para disputar torneios ou competições de habilidades, mas para realizar o próprio destino de criatura humana. A qualidade e a sacralidade da vida são valores que podem estar aliados. É inaceitável essa desvinculação absoluta que se faz entre sacralidade e qualidade da vida. Poderíamos até dizer que o princípio da sacralidade é o primeiro princípio, pelo menos sob o ponto de vista teórico para se iniciar uma discussão sobre eutanásia. Por sua vez, a qualidade da vida não é um valor estranho ou um valor alternativo de um determinado conceito vida. É um critério de referência capaz de contribuir também com o respeito que se deve à vida humana. McCormick deixa isso bem claro quando afirma: “Ambos os enfoques não deveriam contrapor-se desta maneira. A valorização sobre a qualidade da vida deve fazer-se com absoluta reverência, como uma extensão do próprio respeito pela sacralidade da vida” (*The quality of life, the sanctity of life, Hastings Center Report*, 18:30-36-35, 1978).

Deve ficar claro que o juízo de valor sobre a proporcionalidade dos cuidados não é tão simples, pois ele não termina na avaliação da qualidade da vida. Devem influenciar o raciocínio médico, as razões da família e o que admite o paciente sobre a insistência das medidas terapêuticas. O fundamento ético impositivo de uma necessária assistência a um paciente terminal é a predisposição de melhores condições para que este doente conviva com sua doença e eventualmente com sua morte. Um dos erros dos defensores mais intransigentes da ética da qualidade da vida, como já dissemos, é admitir que ao paciente se deem todos os cuidados ou não se dê nenhum, agindo assim de maneira tão caprichosa e simplista sobre questões quase sempre complexas e difíceis.

O pensamento utilitarista que se inclina obstinadamente para o lado do valor biográfico do indivíduo – desprezando o “estar vivo” sob o aspecto biológico – erra ainda quando procura resolver as questões com a aplicação de um só critério, transformando os problemas morais em meros problemas técnicos ou estatísticos, não deixando espaço para uma reflexão sobre os valores que definem a dignidade humana nem reconhecendo a oportunidade de avaliar outras considerações. O significado da racionalidade iluminista não é compatível com uma ética biomédica que se ajusta no princípio da ponderação e do

respeito à dignidade humana.

Outra teoria não bem definida é a de Kuhsh, baseada no princípio do *duplo efeito*, no qual se indaga se é lícito utilizar uma conduta cujos resultados são traduzidos em parte por benefícios e, de outra, por malefícios impossíveis de evitar. Caracteriza-se esta teoria por quatro fundamentos: 1. que o ato em si seja moralmente bom ou indiferente; 2. que o agente não busque diretamente o efeito mau senão que apenas permita; 3. que o efeito bom não seja produto diretamente da ação do efeito mau; 4. que o bem obtido do efeito bom seja devidamente relacionado com o mal permitido, de forma que o compense (*The sanctity line doctrine in medicine: a critique*, Oxford: Claredon Press, 1987).

O que a autora pretende na defesa de tal princípio é demonstrar a possibilidade de justificar um ato que “fique restrito à intencionalidade e não assuma todas as consequências previsíveis de uma ação voluntária” ou que “a qualificação moral de um ato depende sempre do que o agente pretendeu como fim”. Tenta justificar que supressão intencional e não intencional da vida é diferente da distinção entre “matar” e “deixar morrer”. O fundamento da doutrina do *duplo efeito* está, pois, na condição da proporcionalidade entre os bons e os maus resultados. No entanto, essa condição não explica como estabelecer os limites entre os resultados pretendidos e os meramente previstos. Nem muito menos esclarece se um ato está ou não proibido e quais as condições da intencionalidade. Em suma, o critério da proporcionalidade não tem como determinar se um agente pretendeu efetivamente o bem ou previu certo efeito mau, como afirma Reichlin (La eutanasia en la bioética de orientación utilitarista, : *Medicina y Ética*, Madrid, v. VIII, n. 1, 1997).

Entende-se por dignidade a qualidade ou a condição de alguém ser respeitado, honrado e valorizado. Hobbes dizia que “o valor social de um homem, que é o valor estabelecido sobre ele e sobre o bem comum, é o que os homens comumente chamam de dignidade”. Pelo visto, este não é o conceito que normalmente se tem quando se justifica a eutanásia. Muitos admitem que a dignidade está muito vinculada à liberdade. Isso também nem sempre se ajusta ao interesse comum, embora todos reconheçam que ser livre é parte significativa da identidade pessoal e do exercício da cidadania.

Como tal se entende, permitir que alguém continue vivendo uma vida apenas biológica, mantida por aparelhos, sem levar em consideração o sofrimento do paciente e a inutilidade do tratamento, é agir contra a dignidade humana. Se alguém defende tal permanência, apenas por considerar a “santidade da vida”, certamente tem nessa obstinação uma forma indisfarçável de atentado à dignidade dessa pessoa. Por sua vez, antecipar a morte de alguém consciente ou não, com as constantes vitais mantidas normalmente, ainda que tenha uma morte prevista e um relativo sofrimento, é indubitavelmente atentar contra a dignidade humana.

### 19.3. ASPECTOS ÉTICOS

A eutanásia, mesmo com o eufemismo de *sanidicídio* ou *benemortásia*, não pode deixar de merecer a devida censura, tenha o médico o consentimento dos familiares do paciente (eutanasia involuntária), ou se agiu a pedido do próprio paciente induzindo-o ou fornecendo meios para o chamado *suicídio assistido* (eutanasia voluntária).

Assim, fica claro que o médico não pode nem deve, de forma alguma e em nenhuma circunstância, contribuir ativamente para a morte do paciente, pois isso se contrapõe ao seu compromisso profissional e à sua formação moral. O médico, amparado na sua tradição e no seu Código de Ética, fundamenta tal posição nos ditames que lhe vedam “utilizar em qualquer caso meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. Orienta-se no princípio que deve

empregar o melhor do seu esforço e da sua ciência, no sentido de “promover a vida humana e jamais utilizar seus recursos para promover a morte”. É inaceitável qualquer forma de eutanásia, tal qual nós a entendemos, sempre que se possa ter o mesmo resultado – não sofrimento –, mantendo o respeito pela vida do paciente. Não é justo também que, por razões utilitaristas, alguém venha privar um moribundo dos chamados procedimentos primários, ainda que de certa forma paliativos.

Também deve ser registrado que entre a ação e a omissão existe apenas um vácuo filosófico, mas a intenção do resultado é a mesma. Fletcher afirma que “é ser ingênuo e superficial supor que, não fazendo ‘nada positivamente’ para apressar a morte, não somos cúmplices na sua morte. Não fazer algo é fazer algo, é uma decisão para agir tanto quanto decidir em fazer qualquer outra coisa” (*Ethics and euthanasia*, New York: Springer-Verlag, 1973).

O mesmo se diga quanto ao consentimento. Se ele existe, não justifica, pois o interesse comum não pode ser subjugado pelo interesse individual. A autorização de um ato, por si, não legitima sua realização. A licitude do ato está na sua legitimidade e na sua indiscutível necessidade. Mesmo que o consentimento do paciente estivesse vinculado à liceidade do ato eutanásico, ainda assim não estariam afastadas as dúvidas. Dificilmente alguém em estado gravíssimo e de iminência de morte poderia autodeterminar-se racionalmente para autorizar sua morte. Se apenas fosse exigido o consentimento dos familiares, neste caso as dúvidas ainda seriam maiores quando tantos interesses inconfessáveis poderiam fluir contra o pobre moribundo. E se não existe o consentimento, quando das chamadas eutanásias involuntárias, então, nesses casos, o fato é ainda mais grave porque os princípios morais que tentam justificar a eutanásia tornariam ainda mais precária a sua validade.

Até que ponto tem o médico o direito de manter os meios de sustentação artificial da vida de um paciente com morte encefálica, cujas funções cerebrais são irrecuperáveis? Até onde a ética do médico permite a suspensão desses meios que mantêm vegetativamente uma vida?

Fala-se que a obrigação de prolongar essa vida dependeria das relações médico-paciente-familiares, ficando o profissional livre para decidir por sua consciência e por delegação dos responsáveis legais.

Acreditamos que já contamos com uma definição bem clara de morte e, assim, já temos como proceder mesmo nas situações mais delicadas. Quando a própria lei remete ao Conselho Federal de Medicina a oportunidade de definir os critérios para uma conceituação de morte encefálica, achamos que a partir daí o problema ficou mais simples de ser resolvido: se o indivíduo não se apresenta nas circunstâncias determinadas, ele está vivo e como tal não se pode cogitar a eutanásia. Desta forma, fica bem claro, desde logo, existir uma fundamental diferença entre a eutanásia – proibida e condenável – e a suspensão de meios artificiais utilizados na manutenção de uma vida vegetativa, para a qual aqueles critérios já a definem como morte.

Também deve ser dito que a suspensão de tratamento de um paciente grave, que vive autonomamente, não é diferente de matá-lo usando outro recurso, pois as situações são equivalentes sob o ponto de vista moral. O gesto eutanásico está demonstrado de forma inequívoca.

*Ipsa facto*, a ortotanásia, constante da supressão de meios artificiais para o prolongamento da vida de um indivíduo em “coma *dépassé*”, já merece a compreensão da sociedade, tendo em conta que ele se mantém com respiração assistida, arreflexia e perda irreversível da consciência, associadas a um “silêncio” eletroencefalográfico. Para essas pessoas, o prolongamento penoso de uma “vida vegetativa”, por seus aspectos físicos, emocionais e, mesmo, econômicos, seria de nenhuma utilidade. Gafo, ao defender a ortotanásia, afirma que ela tem o sentido de contribuir para que as pessoas possam morrer humanamente, sem uso de qualquer processo capaz de apressá-la, mas tão só de torná-la uma medida que não prolongue a existência de uma vida vegetativa, cujos critérios diagnósticos atualmente recomendados

já consideram o indivíduo morto (*La eutanasia: el derecho de una muerte humana*, Madrid: Temas Hoy, 1989).

Ainda que a ética não seja uma ciência exata, ela tem implicações lógicas que nos permitem em cada caso um procedimento que se ajuste ao bem procurado. Se não tivermos bem definida a questão da morte, através de critérios cada vez mais claros e precisos, a vida se transformará num objeto disponível sujeito às imposições subjetivas, e isso não se pode constituir numa experiência de atuar moralmente.

#### 19.4. NO FIM DA VIDA: UM ITINERÁRIO DE CUIDADOS

Hoje, na medida em que a Medicina avança mais e mais na possibilidade de salvar e prolongar a vida, criam-se inevitavelmente numerosos e complexos dilemas éticos, os quais permitem maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Assim, a crescente eficácia e a segurança das novas propostas terapêuticas não deixam de motivar questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego desproporcionado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. O cenário da morte e a situação do paciente que vai morrer são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da *preservação da vida* e do *alívio do sofrimento*.

A partir da edição da Resolução n.º 1.480, de 8 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, que aprova os critérios para o diagnóstico de morte encefálica, caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, tornou-se mais fácil falar sobre os limites do fim da vida.

Há neste quadro multifário quatro situações críticas que levam a alguns dilemas éticos: *pacientes em estado vegetativo continuado*, *pacientes em morte encefálica*, *pacientes terminais* e *pacientes em estado vegetativo permanente*.

O paciente em *estado vegetativo continuado ou persistente* é aquele que apresenta lesões recentes do sistema nervoso central, com ou sem diagnóstico definido, mas que deve ter seus cuidados conduzidos nos moldes dos pacientes salváveis, merecendo assim todo suporte vital necessário e disponível.

O *paciente em morte encefálica*, caracterizada naquela Resolução, deverá ter causa conhecida e ser um processo irreversível, clinicamente justificado por coma aperceptivo, ausência da atividade motora supraespinal e apneia, e complementarmente por exames que comprovem a ausência da atividade elétrica cerebral, ou ausência das atividades metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral.

A suspensão dos meios artificiais de um paciente com diagnóstico baseado nos critérios rigorosos de *morte encefálica*, nem se pode dizer que exista eutanásia, pois este indivíduo já está morto pelo conceito atual que se tem de óbito. Não se pode considerar tal ocorrência como uma forma de matar porque, neste tipo de suspensão dos meios mecânicos de suporte da vida, diz Mackie (*The cement of the universe*, London: Oxford University Press, 1974), o médico não deu início ao curso dos eventos que levará o paciente à morte. Segre (*Eutanásia: aspectos médico-legais*, *Rev. Ass. Méd. Brasil*, v. 32, n. 77/8, jul.-ago. 1966) vai mais longe quando afirma: “Vê-se que já não se trata de autorizar, ou de proibir a prática da eutanásia, mas apenas de definir se o paciente está vivo ou morto”.

Como *paciente terminal* entende-se aquele que, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições portanto de cura ou de prolongamento da sobrevivência. Segundo Holland (*Psychological issues in the care of the terminal III, Directions in psychiatry*, Nova York: Hatherleigh, 1982), é terminal aquele paciente que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos.

Mesmo nestas condições, qualquer iniciativa de supressão da vida, ainda que a pedido dele ou da família, constitui ato ilegal e antiético e, por isto, incompatível com o exercício médico.

Como *paciente em estado vegetativo permanente* aquele que não tem nenhuma evidência de consciência, não se expressa e não entende os fatos em torno de si, que não responde a estímulos visuais, auditivos, táteis e doloroso, mas que tem preservadas as funções do hipotálamo e do tronco cerebral e por isso sobrevive com respiração autônoma, por muitos meses ou anos, necessitando no entanto de outros cuidados médicos e de enfermagem. Ainda aqui entendo que não há como se opor a esta vida, mesmo em tais circunstâncias, pois ela é sempre um homicídio e não é justo que se ofereça à profissão médica tão triste espetáculo e que se criem situações que podem iniciar constrangedores e nocivos conceitos de valores ao conjunto da sociedade.

Concluindo: deve ficar bem claro que ao se tratar de um paciente em *estado vegetativo continuado ou persistente* (com lesões recentes do sistema nervoso central), como ele está no rol dos pacientes salváveis, deve merecer todo suporte vital necessário e disponível.

Quanto aos *pacientes terminais* ou em *estado vegetativo permanente*, mesmo que a doença não possa ser debelada ou curada, é imperioso que se mantenha a assistência e os cuidados para uma sobrevivência confortável e sem sofrimento físico ou psíquico, ainda que paliativos, incluindo até alguns atos cirúrgicos, quimioterápicos e antibióticos.

E quanto aos que estão com o diagnóstico de *morte encefálica*, baseada nos critérios rigorosos, devem ser considerados mortos e a suspensão dos meios artificiais não pode ser contabilizada como *eutanásia*.

“Obstinação terapêutica” ou “terapêutica fútil” é o comportamento médico insistente que utiliza meios ou recursos cujos resultados são mais nocivos que os produzidos pela doença e que não levam à cura ou à sobrevivência. Não confundir “futilidade terapêutica” com cuidados paliativos, pois estes representam o apoio permanente e necessário para preservar uma qualidade de vida do paciente terminal, dentro de um enfoque multidisciplinar.

## 19.5. TESTAMENTO VITAL (*LIVING WILL*)

Chama-se de *testamento vital* ou *declaração de vontade antecipada* ou *diretriz antecipada de vontade* um documento previamente produzido por alguém maior de idade e plenamente capaz na concepção da lei, tendo por objetivo considerar aquilo que está expresso por sua vontade, quando diante de doença grave e incurável, e quando não estiver mais em condições de manifestar a sua vontade. O alvo da questão é autorizar a não utilização de tratamento fútil ou condutas desnecessárias, e com isso assegurar-lhe, no seu entender, uma “morte digna”. Esta não é uma proposta de entendimento pacificado.

Para uns, como a maioria dos médicos – que se inclina cada vez mais em favor do modelo autonomista em respeito aos pacientes –, nem sempre as situações do paciente terminal ou do portador de estado vegetativo irreversível são claras a ponto de se tomar uma atitude tão imediata e tão radical. Há também o problema de a definição da suspensão dos meios ou tratamentos ficar nas mãos de parentes ou até de amigos, quando deveria ser do médico tal decisão. Para os defensores desta posição, a decisão deve ser do médico assistente, da forma mais criteriosa, pois ele sabe usar o bom senso e não ultrapassar o que é ética e cientificamente correto, não causando sofrimento ilimitado ao paciente e nem agindo de forma precipitada. Dizer que o médico necessita de um documento que lhe dê amparo e orientação para agir profissionalmente soa mal.

No Brasil, ninguém é impedido de ter sua vontade registrada em um cartório, no que diz respeito à

assistência médica no caso de doença sem cura, mas não há legislação que garanta que o médico vá cumprir o desejo do doente ou que a família concorde. Por isso, tal direito é pouco exercido.

Um dos itens constantes desses testamentos é a sigla *DNR-Order* (ordem de não ressuscitar) e, entre nós, NR. Agora se ampliou mais para *Do Not Attempt Resuscitation Order* (ordem para não tentar ressuscitar). Outro item constante em alguns testamentos vitais é o de não alimentar os portadores de *estado vegetativo permanente*.

Os que defendem a ideia do testamento vital dizem que a questão não é institucionalizar a eutanásia nem abreviar a morte de uma pessoa que assinou um documento de forma livre e consciente, embora num momento crucial da vida de cada um. Afirmam: trata-se de um documento assinado por alguém que usou o princípio fundamental da autonomia em matéria de cuidados médicos e que deve ser respeitado integralmente conforme sua vontade. Assim, isto influiria de certa forma de não tratamento em respeito a uma determinação do paciente que poderia estar incapacitado de manifestar sua vontade no momento crítico de sua doença.

Ser a favor ou contra a declaração de vontade antecipada do paciente pode até ser um assunto permanente nas discussões e nas teses acadêmicas dos bioeticistas. Todavia, diz a experiência que questão será sempre avaliada de forma correta e respeitosa quando chegar o momento exato da suspensão dos meios artificiais de vida ou da retirada dos recursos terapêuticos.

É claro que, nesta discussão, também estarão interessados os gestores de seguros e planos de saúde que certamente enxergarão o problema sob a ótica de outros interesses, sem esquecer ainda as razões inconfessáveis de certo tipo de familiar.

Mesmo que a maioria dos países aceite o testamento vital, no Brasil não há regulamentação sobre o assunto. Ninguém está impedido de fazer um registro cartorial de sua vontade em relação a sua assistência médica nos momentos críticos. No entanto, na hora de fazer valer este documento saber qual o amparo que a lei dá ao médico para cumprir a vontade do paciente e em que dispositivo do Código de Ética Médica está estatuída tal prerrogativa.

Muitas vezes, o momento em que o indivíduo subscreve este documento é de muita tensão e pressão e, por isso, condicionada a assinar o testamento. Alguns deles talvez nem venham a ler tal declaração. As maiores vítimas serão os idosos nesse momento em que os velhos são mais e mais desvalorizados. Não será nenhuma surpresa que amanhã alguém seja obrigado ou pressionado a assinar um termo dessa natureza como condição necessária para o internamento de uma doença grave, ou até mesmo no momento em que venha aderir a um seguro ou plano de saúde como condição obrigatória do benefício.

Uma das questões mal definidas nesse assunto está nos limites dos requisitos formais, pois qualquer ato normativo impõe pressupostos dessa ordem. Na prática, pode ocorrer a não sujeição do médico às cláusulas constantes desses testamentos. Em assuntos dessa ordem é muito difícil se agir, pois se está numa profissão de momentos tão circunstanciais e onde o médico não se sinta obrigado a atuar por meio de condutas listadas em um protocolo que está muito mais voltado para um conceito de ordem ideológica. Coisas que acontecem neste momento tão difícil na vida humana devem vir com a discussão, caso a caso, e na conformidade de como a profissão médica vem atuando até agora. É difícil, como querem muitos, legislar sobre fatos imemoriais.

Agora, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM n.º 1.995/2012, define diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Orienta que, nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de

comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. Afirma ainda que, caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. Todavia, o médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares, diz a citada Resolução. E mais: O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. E não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

## **19.6. O PACIENTE QUE VAI MORRER: DIREITO À VERDADE**

A medicina atual, à medida que avança na possibilidade de salvar mais vidas, cria inevitavelmente intrincados dilemas éticos, permitindo maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Além disso, não se há de negar que até mesmo a eficácia e a segurança das novas modalidades terapêuticas começam a motivar sérios e intrincados questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais quanto ao emprego exagerado de tais medidas e de suas indicações inadequadas. O cenário da morte e a situação do paciente que vai morrer são, com certeza, as condições que ensejam maiores conflitos nesse contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da *preservação da vida* e do *respeito à dignidade humana*.

Apesar do avanço da ciência médica contemporânea, se auscultarmos mais atentamente a realidade sociológica atual nas comunidades de nossa convivência cultural, certamente vamos entender a dificuldade e a profundidade do tema. Casabona, sobre isso, afirma que “tem de se deixar assentado que a realidade se apresenta com uma complexidade muito superior, que dificulta a valorização da oportunidade da decisão a tomar. Afirmações como “incurável”, “proximidade de morte”, “perspectiva de cura”, “prolongamento da vida” etc. são posições muito relativas e de uma referência, em muitas ocasiões, pouco confiáveis. Daí a delicadeza e a hesitação necessárias na hora de enfrentar-se com o caso concreto” (*El médico ante el derecho*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

Ninguém discute hoje os benefícios que a tecnologia moderna vem trazendo na preservação, erradicação e cura das doenças e na reversibilidade da expectativa ante as condições mais adversas. O que se discute no momento é o mau uso desses recursos, com suas implicações éticas, legais e econômicas, evitando-se que ela se transforme num instrumento de exploração ou num mecanismo de sofrimento inútil e de resultados ineficazes.

Mesmo que a morte faça parte da vida de cada um de nós, esse instante é muito pessoal e único. Por isso, já se defende a ideia de que temos o direito de viver em toda plenitude a última etapa de nossa existência, apesar dos sofrimentos e das limitações.

Nunca podemos esquecer que o conteúdo e o significado da fase terminal da vida de um ser humano – a expectativa da morte iminente, o lugar onde ele se encontra, a agonia, o sofrimento e os rituais que precedem a sua morte – estão intrincados nos valores basilares que ele crê, e nos costumes e tradições que

envolvem esse momento na cultura a que ele pertence.

Deve-se dizer a verdade ao paciente que vai morrer? Eis certamente a questão mais crucial. Não dizer era a regra geral. A decisão mais simplista era nunca proclamar a verdade, pois raramente esse impacto deixaria de causar sério mal-estar ao paciente. Atualmente, mesmo estando ainda as opiniões divididas, tanto entre familiares como entre os médicos, no que se refere à informação da gravidade do diagnóstico ou da morte próxima, há uma tendência cada vez maior de se dizer sempre a verdade, principalmente naqueles casos de pacientes lúcidos e equilibrados que pedem informações verdadeiras. Para os defensores dessa ideia, a mentira é sempre perniciosa, qualquer que seja a circunstância, porque priva o indivíduo do seu direito mais elementar: o de saber sua própria verdade, algo tão importante na vida de cada um.

Pessini afirma que, “num passado não muito distante, acreditava-se que, quanto menos o doente soubesse de sua condição, maiores chances teria de recuperação. Hoje, estamos frente a uma forte tendência de abertura e honestidade com os pacientes a respeito de sua condição” (*Morrer com dignidade*, Aparecida: Editora Santuário, 1990).

A verdade é que o paciente dito terminal quase sempre sabe ou desconfia de sua real situação, ainda que não possa ter a ideia precisa e completa do seu mal. Seus próprios sinais e sintomas denunciam por eles mesmos. Muitas vezes, por isso, o silêncio não traz alívio ou expectativa. Ao contrário: causa-lhe ansiedade e desconforto. Mais: o direito de saber a verdade, para com isso determinar-se quanto aos seus interesses materiais ou afetivos, não é o direito mais significativo: mas o direito que ele tem de saber a sua verdade, a consciência de si mesmo e a possibilidade de dar rumo ao seu destino.

Entre os mais diversos direitos do paciente está o de saber a verdade sobre o seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Hoje, em grupo ou isoladamente, os pacientes já começam a levantar questões que se conflitam muitas vezes com a postura paternalista do exercício médico (paternalismo é a atitude coativa do ato médico como justificativa de o profissional considerar sempre o que é bom para o paciente). Muitos até já admitem que a não revelação do que necessariamente devem saber constitui-se um golpe aos seus direitos fundamentais (ver Declaração de Lisboa, aprovada pela 34.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Portugal, setembro de 1981, sobre “os direitos do paciente”). Podemos admitir que, em certas ocasiões, faltar com a verdade para quem está morrendo significa subtrair-lhe a manifestação mais resolutiva da liberdade e uma forma de tratar-lhe como simples objeto.

Assim, alguns documentos nesse sentido, como a Carta dos Direitos do Paciente, o Projeto de Libertação dos Doentes Mentais e a Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Deficientes, defendidos pelo Comitê Médico dos Direitos Humanos, pelo Serviço Legal de Assistência dos Pacientes e pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, respectivamente, defendem a informação minuciosa sobre os problemas do paciente, detalhes completos para facilitar certas tomadas de posição e informações circunstanciadas à família dos casos mais dramáticos, quando os pacientes não souberem ou não puderem falar por si.

Isto se refere a todos os pacientes, logo refere-se também ao paciente terminal.

É claro que muitas daquelas decisões já vêm sendo respeitadas, como também ninguém discute que algumas das circunstâncias mais cruciais ainda sejam da iniciativa do médico. O certo é que o direito de saber a verdade começa a ser mais e mais exigido, de forma insistente, por enfermos e familiares, porque eles sabem que os médicos, não muito raro, mentem ou contam meias-verdades, e que tais fatos têm criado uma barreira de desconfiança que os isola e maltrata ainda mais. Para estes, a “mentira piedosa”, além de uma fraude, não encerra nenhum critério moral ou científico. Por outro lado, existe acordos entre

familiares e médicos, no sentido de não passar informações verídicas, dentro de uma convivência tida como verdadeira “conspiração do silêncio”.

No entanto, se o médico sabe que a informação pode trazer algum dano ao paciente, a comunicação deve ser feita aos seus familiares ou responsáveis legais, para que eles tomem as medidas e as atitudes que melhor lhes convier. Assim recomenda o Código de Ética Médica vigente. Como se vê, a comunicação tem de ser feita e, como tal, nesse particular, a autonomia do médico inexistente ou está muito limitada.

E como dizer essa verdade? É muito custoso estabelecer regras e limites nesse contexto, e o fato é que ninguém tem uma receita de conduta nesse particular. Não há quem não tema morrer e quem não se assuste com a convicção de sua morte, principalmente quando ela é prematura. O certo é que dizer a verdade, por mais necessária que ela seja, não é sinônimo de relato frio e brutal. A verdade pode ser dita com sinceridade e compaixão, entremeada de esperanças e temperada de otimismo, como quem tenta reacender uma chama. Quem ouve uma palavra de esperança é como quem escuta a voz de Deus. Em suma: uma verdade sempre amparada pela caridade e narrada de forma gradual. Nunca como um golpe abrupto e violento. O fato parece não estar no ato de contar, mas na maneira como se conta a verdade. Para Häring, o fato de informar com cautela, confiança e respeito, tanto para o médico como para o paciente, é um evento libertador (*Medicina e manipulação: o problema moral na manipulação clínica, comportamental e genética*, São Paulo: Paulinas, 1977).

O médico pode mentir? Muitos acham que sim. A mentira piedosa para estes, em certas ocasiões, constitui um instrumento aceitável quando um paciente apresenta sinais de instabilidade emocional.

Sendo assim, qualquer que seja o entendimento da equipe em relação a um paciente terminal, é muito justo que toda conduta seja discutida com a família e, quando possível, com o próprio doente, levando em conta o que é melhor para assisti-lo e para confortá-lo, mesmo sabendo-se que é difícil falar em autonomia do doente terminal, pois sua capacidade de autonomia depende muito do estágio de sua doença e de suas condições psicoemocionais. O que se discute a partir daí é o uso da verdade que se faz necessária a um paciente insalvável, cuja morte é iminente e em favor do qual já se tentou todas as medidas curativas disponíveis. Ou seja, se a um indivíduo que enfrenta uma determinada etapa de doença fatal dizer-lhe a verdade sobre seu estado de saúde e do prognóstico de morte constitui-se ou não numa melhor opção.

Situação comovente é a da *criança enferma terminal*. É necessário que a equipe de saúde que cuida dessa criança possa adequar seu componente cognitivo-emocional à compreensão da morte que ela tem. Essa consciência emocional varia, é claro, com a idade e com o desenvolvimento psicológico de cada uma delas. Como essas crianças são geralmente internadas em hospitais, isso traz muita ansiedade pela separação dos pais e a tendência é elas se sentirem abandonadas e indefesas. Essa é, sem dúvida, a evidência mais dura e comovente que se tem na relação com esses pacientes.

E, quanto à criança enferma terminal, deve-se dizer a verdade? Aqui as opiniões são ainda mais divididas. Os que defendem a informação da verdade são unânimes em evitar a sentença fria e brutal da morte, mas são favoráveis que se informe sobre a gravidade da doença e a possibilidade de morte, pois, a partir de certa idade, a criança sabe a verdade. Mesmo que ela não tenha condições reais de entender as razões de sua morte iminente, em face de sua incapacidade estrutural de entender tal informação, com certeza isso fará da verdade referida algo menos doloroso do que seria para um adulto.

Mesmo assim, vale perguntar: que vantagens há no fato de se dizer a verdade à criança enferma terminal sobre sua doença, sobre sua gravidade e sobre sua morte? Ela será capaz de entender o alcance de tais informações? Qual o destino que ela dará a essas verdades?

Qualquer que seja nosso entendimento sobre isso, é necessário entender que a criança enferma terminal não está impedida de saber sua verdade, levando em conta os fatos que se referem ao seu estado de saúde e a suas esperanças de cura e o esforço no sentido de se obter dela um mínimo consentimento, não pelo fato de se conseguir esse consentimento, mas porque é indispensável respeitá-la como pessoa humana. Todavia, simplesmente dizer que ela vai morrer e dar as costas, sem a habilidade necessária para tais ocasiões, seria simplesmente uma crueldade.

## 19.7. TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA

A dor é a mais íntima experiência humana. Mesmo assim, embora todos conheçam algo sobre sua própria dor, como mal-estar e sofrimento, para os outros ela constitui apenas um sintoma de doença ou lesão.

O sofrimento da dor aguda, breve, fugaz, ainda que desagradável, passa. Já a dor crônica, persistente ou intermitente, de longa duração, sempre foi um problema para o médico e uma insuportável e ameaçadora situação para o paciente.

Não há nenhum dispositivo da lei penal brasileira que se refira expressamente à dor. A responsabilidade do seu tratamento não está explicitada pela norma jurídica, ficando, na maioria das vezes, na dependência de cada profissional, havendo até os que administram analgésicos sem a queixa do paciente.

O comportamento moral do médico frente à dor está referido no Código de Ética Médica. Os aspectos legais do receituário, pelas Portarias 19 e 20 da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos, Produtos Dietéticos e Correlatos (DIMED), da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde. Assim, nem sempre a modalidade terapêutica da dor pode ser uma opção pessoal do médico.

No tratamento clínico da dor em pacientes com expectativa normal de vida, há de se levar em conta o aspecto da dependência a que algumas drogas podem levar, optando-se sempre por uma terapêutica mais simples. Nas doenças malignas, de prognóstico limitado, o fator dependência torna-se quase irrelevante, embora seja aconselhável a utilização do esquema de rodízio, que consiste em administrar droga diferente a cada 24 ou 48 horas.

O melhor meio terapêutico da dor é, sem dúvida, a remoção da causa que a origina. Infelizmente, nem sempre isso é possível, não apenas pelo mecanismo ignorado, mas, também, pela falta de meios adequados para sua total supressão.

O tratamento cirúrgico da dor não pode ser considerado um recurso de primeira instância, pelo seu caráter grave e irreversível. Mesmo assim, alguns desses métodos não podem ser de todo afastados.

A *neurotormia periférica*, de técnica simples, tem suas indicações precisas e não traz nenhuma implicação ético-jurídica.

A *rizotomia*, utilizada de preferência na dor da cabeça e do pescoço, através da secção das fibras sensitivas em níveis pré-ganglionares, também não oferece, grosso modo, nenhuma contestação.

A *simpatectomia*, embora de efeito relativo, ainda não se mostra alvo de críticas. A *tratotomia espinotalâmica* seria intervenção ideal nos processos malignos das extremidades inferiores e da pélvis.

Uma conduta que se mostra, pelo menos dentro de suas indicações, como forma mais aproximada de um critério aceitável sob todos os ângulos é o tratamento da dor pelo *bloqueio anestésico*, devido a sua técnica simples, pela exigência mínima de internações, pela baixa mortalidade em relação aos métodos neurocirúrgicos e pela permissão da reintegração do doente no meio familiar. Ninguém pode omitir a

existência de algumas complicações no emprego de agentes neurolíticos. Todavia, ao compará-lo com outros processos, verifica-se que, mesmo não sendo um método perfeito, é o que oferece menos inconvenientes e o que mais atinge o ciclo vicioso da dor.

A *parapsicologia* e a *reflexologia*, como recursos no tratamento da dor, como não são consideradas especialidades médicas nem métodos diagnósticos, são de uso considerado antiético e ilegal.

Também a *acupuntura*, pois é especialidade ou filosofia de tratamento ainda não admitida pelo ensino médico e sem a sanção das Sociedades Médicas e do Conselho Federal de Medicina.

Já a *hipnose*, tanto para fins terapêuticas como de diagnóstico, com o consentimento tácito ou explícito do paciente ou de seus representantes legais, quando houver rigorosa indicação médica e quando não vier a alterar a personalidade do doente, e finalmente, sempre que possível, praticada pelo médico especializado, é um meio que se incorpora a outras conquistas terapêuticas.

O *tratamento eutanásico*, por sua vez, é tão condenável que não merece maiores considerações. Praticar a eutanásia é o mesmo que cometer homicídio. Portanto, suprimir a vida, alegando misericórdia, não passa de um eufemismo, criminoso e cruel.

Será correto intervir sobre a dor quando isso traz consigo um provável encurtamento da vida? Se entre a ação analgésica e a abreviação da vida não existe nenhuma ligação causal direta, pela vontade do médico ou do paciente; se a amenização da dor não se pode obter de outra forma; e se a administração de tal recurso trazer inevitavelmente consigo os dois resultados – alívio da dor e um teórico encurtamento da vida – conclui-se que a ação é lícita.

Por fim, a *leucotomia pré-frontal*. Ainda que considerada pela neurocirurgia como um recurso extremo no tratamento da dor rebelde, reveste-se de uma modalidade terapêutica discutível, pois que atua modificando a personalidade do paciente. Não retira a dor, apenas suprime do doente a consciência da sensação dolorosa. Transforma a percepção da dor num determinado incômodo físico, para o qual a ciência ainda não encontrou uma denominação.

Privar um homem de ser consciente de si mesmo é mais que um insulto, porque o reduz a um nível sub-humano. Se tivermos de errar, melhor será que erremos em favor da dignidade humana.

É difícil conceber-se a validade do consentimento de um paciente psiquicamente atingido ou de familiares mais apressados. Há ocasiões em que, mesmo existindo um consentimento tácito ou expresso, não se justifica a intervenção, nem tal permissão tem valor, pois a norma jurídica pode impor-se a essa vontade e a sua autorização não outorgaria certas condutas. A licitude de um ato médico está na sua inquestionável necessidade e não na dependência da vontade de uma pessoa.

Se essa estranha terapêutica é desaconselhada para doentes mentais rebeldes, rotulados como incorrigíveis e antissociais, para os quais não existiria outra modalidade de tratamento, quanto mais para o paciente de dor crônica, para quem a Medicina moderna oferece outras soluções.

A síndrome pós-leucotômica influi decididamente em toda problemática ético-legal. A personalidade do lobotomizado, tendente ao infantilismo e ao desinteresse, vazio de emoções, com distúrbios da vida sexual, muitos deles incompatíveis com o decoro, é, sob todos os títulos, de natureza anticientífica e desumana.

Outro fato: de quem é a decisão? Do psiquiatra, do clínico ou do neurocirurgião? De quem é a permissão? Do paciente perturbado ou da família ingenuamente apressada?

Para o médico, poderiam ser arguidos os crimes de Exercício Ilegal da Medicina, de Lesões Corporais e de Periclitación da Vida e da Saúde. Alude-se, em tais situações, à ausência do dolo, pois o ato médico em si não pode ser rotulado como uma ação antijurídica. No entanto, o dolo não estaria no ato nem no resultado de suprimir a dor, mas na consciência de outro resultado que traria consequências

nocivas e comprometedoras ao paciente, quando poderia ser mantido em relativo conforto com outros procedimentos menos radicais.

Para o paciente, a perda da sua capacidade civil, ressentindo-se do direito de dirigir a sua pessoa e bens, verificando-se, em decorrência disso, a interdição e a instituição da curatela. Perda do pátrio poder, do direito de doar, de testemunhar e de testar.

Embora a lei civil use a expressão “loucos de todos os gêneros”, como condição para a incapacidade absoluta de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o termo foi usado num sentido muito amplo, podendo ser traduzido por qualquer perturbação mental grave, capaz de privar ou reduzir de forma acentuada a capacidade de entender.

E se levarmos a lei ao pé da letra, será permitido o divórcio quando um dos cônjuges for portador de alienação mental, após cinco anos de doença. Pelo menos é assim a que se refere o § 2.º do art. 5.º da Lei do Divórcio, instituída pela Emenda Constitucional n.º 9, de 28 de junho de 1977 (ver Resolução de Rancho Mirage, adotada pela 42.ª Assembleia-Geral da AMM).

## 19.8. A ALIENAÇÃO DA DOR

A civilização de consumo começa a modificar a experiência da dor, esvaziando do indivíduo suas reações pessoais e transformando essa dor num problema de ordem técnica. A supermedicalização da dor tende a retirar do homem sua participação e sua responsabilidade, criando um novo estilo e um novo conceito de saúde.

Ninguém pode negar que o limiar de tolerância da dor venha sofrendo profundas alterações e que a Medicina moderna torna-se mais e mais cúmplice de uma assustadora dependência farmacológica e de uma industrialização da dor pela empresa farmacêutica.

A medicina industrial, para atuar mais prontamente, retira da dor qualquer contexto subjetivo. O sentido da palavra *dor* foi modificado pela linguagem profissional.

A única fórmula que o modelo médico atual encontrou de vencer a dor foi torná-la cada vez mais objetiva. Tão objetiva quanto a linguagem impessoal entre médicos e enfermeiros. Essa maneira de atuar junto à dor desloca o Homem para um novo espaço ético e político.

Nada mais fácil, para entender tais aspectos, que acompanhar a história da medicalização da dor. Antes, não era ela tratada, haja vista nada mais representar que um instrumento a serviço do diagnóstico, dando ao médico a oportunidade de descobrir qual a harmonia perdida.

Durante o tratamento, a dor até poderia desaparecer, mas, de fato, esse não era o interesse imediato da atividade médica, para quem a dor significava certo benefício em favor da orientação da evolução da doença.

Quando a dor perdeu seu sentido cósmico e mítico, emancipada de qualquer referencial metafísico, seu controle deu ao indivíduo o entendimento de que a sensação dolorosa é um ponto clínico objetivo e que pode ser debelado por uma terapia simples e padronizada.

Existe um fenômeno coletivo, comum às comunidades angustiadas: fazer do normal uma coisa rara. Um desequilíbrio fisiológico antigamente considerado como natural é hoje coletivamente medicalizado pela fácil oferta dos que podem dispor de um remédio moderno e ativo. Os meios de divulgação não se cansam de impor à população uma sintomatologia-tipo, facilmente tratada e prontamente curada. Entre elas, a mais comum é a dor.

Michel Foucault afirma que atualmente a dor foi transformada em problema de economia política, em que o Homem se coloca como *consumidor de anestesia*, à procura de tratamento que o faz artificialmente

insensível, abúlico e apático.

Ivan Illich observa que esse indivíduo não vê mais na dor uma necessidade natural, mas que ela se representa, desde logo, como resultado de uma tecnologia faltosa, de uma legislação injusta ou de uma iniquidade social e econômica.

A dor, como objeto de diagnóstico ou de tratamento, classificada como real ou imaginária, foi, sob o ponto de vista socioeconômico, vítima do confisco técnico do sofrimento, através de uma cultura supermedicalizada.

Na realidade, o que se tem feito não é outra coisa senão medicalizar o sofrimento. A palavra *dor* começa a perder seu sentido na linguagem comum e a se fortalecer como termo técnico.

Desde o momento em que a dor se tornou coisa manipulável, passando a ser matéria de superproteção, em que o médico é capaz de diagnosticar, medir e provocar esse próprio fenômeno, a sociedade aceitou tal procedimento e rendeu-se a ele, numa forma de solução aparentemente fácil para seus fracassos.

Entretanto, simplesmente medicalizar a dor é correr o risco de perder sua face essencial e deixá-la de ter como referencial.

A inclinação da medicina em favor da analgesia se insere num contexto ideológico e sua eliminação institucional seria capaz de refletir-se na angústia dos dias de hoje. O próprio progresso social passou a ser sinônimo de ausência de sofrimento, em que a comunidade-empresa teria como alvo não o sentido de alcançar a felicidade, mas o de minimizar o sofrimento. A tendência será essa empresa fabricar um remédio para cada mal: para o tédio, para a tristeza e para a insatisfação, assim como criou medicamentos para a dor e para a velhice.

Não se pode condenar a sociedade de agora por estar dominada pela analgesia, mesmo que ela comece a perder sua fantasia, sua liberdade e sua consciência. Mas é desta maneira que ela foge da angústia e da solidão – dois monstros que ameaçam a existência humana.

E chegará o dia em que os choques, os tumultos, as catástrofes, a violência e o horror serão os únicos estímulos capazes de chamar a atenção do Homem para si mesmo e de dar-lhe a certeza de que ainda está vivo.

Por outro lado, começa a surgir, mais fluentemente, um novo tipo, que se pode chamar de *homo crucians* (ou, no plural, *homines cruciantes* – “homens dolorosos”). Não são pessoas anormais ou paranormais, monomaniacas, interessadas apenas em ocupar sua atenção com a dor chamada psicogênica. São indivíduos intimamente ligados aos valores humanos e que se colocam em permanente estado de sofrimento. Esta dor não se localiza. Ela envolve toda a personalidade do sofredor. A história do *homem doloroso* é a mesma de todas as histórias humanas, a que não faltam mártires e heróis. Ele desponta e se alimenta de um meio social de valores desequilibrados, daí atraindo todo sofrimento para si próprio, como quem flagela a consciência.

A visão humanista do médico deve enxergar esses indivíduos como uma unidade distinta, autônoma, dentro de uma realidade própria, compreendendo suas ânsias e seus sofrimentos segundo suas convicções e não de acordo com as regras convencionais da técnica e da ciência.

## **19.9. SACRALIDADE E QUALIDADE DA VIDA**

Existe uma interminável polêmica: deve prevalecer a sacralidade ou a qualidade da vida? A primeira representaria aquilo que a vida humana tem na dimensão que exige a dignidade de cada homem e de cada mulher. E a qualidade da vida significaria um conjunto de habilidades físicas e psíquicas que

facultam o ser humano viver razoavelmente bem.

Rachels faz uma distinção entre “estar vivo” e “ter vida”, ou seja, entre a vida no sentido *biológico* e a vida no seu aspecto *biográfico*. Com isso ele quer individualizar um tipo de ser humano que, mesmo estando vivo, não tem vida. O exemplo por ele apontado seria o de um portador da doença de Alzheimer. Para esse autor, estar vivo no sentido biológico tem pouca importância e, na ausência de uma vida consciente, é indiferente para o indivíduo estar vivo ou não. Além do mais, defende ele a chamada “tese da equivalência”, segundo a qual não existiria nenhuma diferença entre “matar uma pessoa” e “deixá-la morrer”.

Em sua visão utilitarista e pragmática, ele só considera imoral matar se isso vai privar o indivíduo dos seus desejos, de suas crenças e dos anseios que constituem um projeto de vida, atributos esses que justificariam continuar sua existência. A morte seria um mal não porque pôs fim ao estar “vivo”, mas ao fim da vida na sua perspectiva biográfica. Para ele, em certos casos, “matar não implica a destruição de uma vida”.

Tal posicionamento não apenas alcançaria as situações terminais da vida humana, mas avançaria a todos aqueles que por outra razão estivessem privados da consciência ou de um tipo de vida dependente.

Assim, por exemplo, até que ponto seria eticamente correto ou imperativo manter uma vida em condições bastante precárias, como a de um prematuro com menos de vinte semanas de vida quando se sabe que sequelas definitivas podem ocorrer? No caso “Baby Doe”, não se o alimentou pelo fato de ser portador de síndrome de Down e atresia do esôfago.

O que se vinha discutindo acima era a condenação de uma terapêutica abusiva e obstinada em um paciente terminal cuja assistência obsessiva era inútil, onerosa e desumana. Agora não, discute-se a qualidade de uma vida futura que alguém pode ter daqui a muitos anos. É preciso saber o que é exatamente “qualidade da vida”, para não se chegar a um conceito demasiadamente elitista, como se alguém existisse para disputar torneios e não para realizar o destino de simples criatura humana. O risco é que hoje o conceito pode ser aquele, mas amanhã pode ser muito mais exigente ainda.

O mais surpreendente daquela posição é que a vida não é um valor no sentido moral, mas um bem apenas. Diante de tal postura, independe a condição do paciente estar consciente e solicitar a ação eutanásica, pois não restaria um valor humano para se proteger, mas apenas um estado biológico de uma vida subnormal.

Esta posição, além de ser moralmente inconsistente por considerar a vida como coisa possuída – na qualidade do “ter” e não na do “ser” –, admite ainda um pensamento consequencialista de que matar só é diferente do roubar pelo valor estimativo dos bens perdidos.

Quando se defende a ética da qualidade da vida, diante de situações bem concretas, em confronto com a posição tradicional da sacralidade da vida, não se quer com isso desprezar os valores da natureza humana nem “coisificar” a pessoa que existe em cada um de nós. A vida humana, independente da sua qualidade e ainda que se venha tomar certas medidas, tem o mesmo valor e o mesmo direito de ser preservada em sua dignidade. Todavia, se qualidade de vida significa tão somente a habilidade de alguém realizar certos objetivos na vida e, quando estas habilidades não mais existem, venha desaparecer a obrigação de tratar, aí então esse conceito é pobre e mesquinho. Outra coisa: na conceituação de qualidade e quantidade da vida vem-se procurando determinar o que deve ser considerado ordinário ou extraordinário.

Para alguns, como já dissemos antes, o Vaticano colocou-se de forma muito subjetiva e simplista, em *Declaração sobre a Eutanásia*, ao afirmar: “Não se pode impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, representa um risco ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um

suicídio; significa, antes, a aceitação da condição humana, ou preocupação de evitar adotar um procedimento médico desproporcional aos resultados que se podem esperar, ou vontade de não impor despesas demasiado pesadas à família ou à coletividade”. E quando afirma que “tomar decisões corresponderá em última análise à consciência do enfermo ou das pessoas qualificadas para falar em seu nome ou inclusive dos médicos, à luz das obrigações morais e dos distintos aspectos do caso”, parece-nos demasiado permissivo para que em certos momentos, até mesmo por questões econômicas, alguém venha decidir sobre a licitude ética do que constitui morrer com dignidade.

Se o critério para o uso de um medicamento é fundamental na possibilidade de oferecer resultado a um paciente salvável, então isto é que vai determinar o que é ordinário ou não. A avaliação é sobre a qualidade da vida e não sobre a qualidade do meio. O difícil, parece-nos, é conceituar o que é “qualidade de vida” e estabelecer os limites mais objetivos ante a diversidade das situações apresentadas, e não conceituar o que seja “qualidade de meios”. O conceito de qualidade de vida torna-se complexo a partir do instante em que se admite ser todo raciocínio baseado em considerações qualitativas. Este juízo é até certo ponto preconceituoso. E mais difícil ainda é classificar as pessoas baseadas em critérios de tipos de vida, ou justificar uma ética da qualidade da vida que se fundamenta no princípio simplista de que a um determinado paciente se ofereçam todos os cuidados disponíveis ou não se ofereça nenhum.

Entender também que a qualidade da vida de uma pessoa não pode ser avaliada como uma capacidade plena para o exercício de todas as habilidades. Não. O ser humano merece respeito à sua dignidade, independente do que ele consegue realizar. Ninguém existe para disputar competições de habilidades. A qualidade e a sacralidade da vida são valores que podem estar aliados. É inaceitável essa desvinculação absoluta que se faz entre sacralidade e qualidade da vida. Poderíamos até dizer que o princípio da sacralidade é o primeiro princípio, pelo menos do ponto de vista teórico, para se iniciar uma discussão sobre eutanásia. Por sua vez, a qualidade da vida não é um valor estranho ou um valor alternativo de um determinado conceito vida. É um critério de referência capaz de contribuir também com o respeito que se deve à vida humana. McCormick deixa isso bem claro quando afirma: “Ambos os enfoques não deveriam contrapor-se desta maneira. A valorização sobre a qualidade da vida deve fazer-se com absoluta reverência, como uma extensão do próprio respeito pela sacralidade da vida” (*op. cit.*).

Deve ficar claro que o juízo de valor sobre a proporcionalidade dos cuidados não é tão simples, pois ele não termina na avaliação da qualidade da vida. Devem influenciar o raciocínio médico, as razões da família e o que admite o paciente sobre a insistência das medidas terapêuticas. O fundamento ético impositivo de uma necessária assistência a um paciente terminal é a predisposição de melhores condições para que este doente conviva com sua doença e eventualmente com sua morte. Um dos erros dos defensores mais intransigentes da ética da qualidade da vida, como já dissemos, é admitir que ao paciente se deem todos os cuidados ou não se dê nenhum, agindo assim de maneira tão caprichosa e simplista sobre questões quase sempre complexas e difíceis.

O pensamento utilitarista que se inclina obstinadamente para o lado do valor biográfico do indivíduo – desprezando o “estar vivo” sob o aspecto biológico – erra ainda quando procura resolver as questões com a aplicação de um só critério, transformando os problemas morais em meros problemas técnicos ou estatísticos, não deixando espaço para uma reflexão sobre os valores que definem a dignidade humana nem reconhecendo a oportunidade de avaliar outras considerações. O significado da racionalidade iluminista não é compatível com uma ética biomédica que se ajusta no princípio da ponderação e do respeito à dignidade de ser humano.

## 19.10. SOBREVIVÊNCIA PRIVILEGIADA

Os princípios fundamentais que regem as normas éticas e jurídicas da profissão do médico apontam no sentido de que não podem existir privilégios nem preconceitos no exercício de suas atividades. Sabemos, no entanto, das possíveis situações em que se pode encontrar um médico, pela carência ou indisponibilidade, quando tiver de optar entre um ou outro paciente, ou entre uma conduta e outra, numa verdadeira “escolha de Sofia”.

Surge-nos, como exemplo, os gêmeos siameses, sejam eles *toracopagus* (unidos pelo tórax), *anfalogagus* (juntos pela região umbilical), *pigopagus* (ligados pelas nádegas), *ischiopagus* (fundidos pelas pélvis) ou *craniopagus* (unidos pelo crânio), que têm sido não somente motivo de curiosidade, mas também de especulação médica e jurídica.

Ninguém discute a licitude e a legalidade da intervenção cirúrgica no sentido de separá-los, sem que isso traga qualquer prejuízo a cada um deles. O que se discute aqui é a separação que, antecipadamente, já se sabe que vai trazer o sacrifício de um dos gêmeos.

Qualquer que seja a motivação de tal prática, mesmo com o consentimento dos seus responsáveis legais, não se justifica o sacrifício de um deles pela cirurgia separadora, pois incide em graves violações éticas e penais previstas nas normas específicas. Vale a pena repetir as palavras de Bernhard Häring: “Na criança, honramos a humanidade para além da utilidade e da recompensa. Toda criança, sobretudo a deficiente, a retardada ou anormal, é *caso test* de respeito para todo gênero humano. A criança que não satisfaz a expectativa do adulto para sua felicidade utilitária tem o direito de viver e à existência humana? Essa pergunta fundamental refere-se tanto à criança ainda para nascer como a que já nasceu, tanto à normal como à anormal” (*op. cit.*).

Acreditamos que a separação de gêmeos unidos com ampla possibilidade de sobrevivência de ambos é perfeitamente justa e recomendável, porque atende ao *princípio da beneficência*. Todavia, se essa separação implica inexoravelmente o sacrifício de um deles, é absoluta a contraindicação por motivos legais e éticos que disciplinam a atividade médica. E mais: não há o que decidir, em que pese o ônus, os irmãos deverão permanecer unidos, ainda mais quando eles têm plena condição de sobreviver assim.

Deve a equipe multiprofissional protegê-los de toda investida sensacionalista da imprensa, prestar a necessária assistência médica, social e moral, apelando para a compreensão dos pais, ante circunstância tão aflitiva. Devem ser registrados no Cartório do Registro Civil cada um com seu nome próprio, pois, apesar das suas situações de dependência, são indivíduos distintos, de personalidades preservadas e de direitos assegurados, e, por isso, não cabe a ninguém, autoridade ou não, decidir quem deve viver e quem deve morrer.

É justa a conduta operatória que tem por finalidade a separação de irmãos siameses, quando existe uma nítida possibilidade de sobrevivência de ambos. Todavia, se ficar comprovada a impossibilidade de apenas um dos irmãos sobreviver, não há o que discutir: este ato fere os ditames da ética e da lei. Entretanto, em caso de morte de um deles, poderá a cirurgia de separação ser realizada com o propósito de preservar a vida do outro, mesmo sabendo-se das dificuldades de procedimentos em tais ocorrências.

## 19.11. CONCLUSÕES

Diante do exposto, fica claro que a *eutanásia* – aquela na qual se utilizam meios ou que se facilita a supressão de uma vida – é prática condenável, e, quando praticada pelo médico, constitui subversão de

toda doutrina hipocrática e distorção do exercício da medicina, cujo compromisso é voltar-se sempre em favor da vida do homem, prevenindo doenças, tratando dos enfermos e minorando o sofrimento, sem discriminação ou preconceito de qualquer natureza. Kohl afirma: “É interessante ler a bibliografia que exalta a eutanásia como ‘fato de piedade’. Não é fácil descobrir nela o espírito utilitarista e a ultrapassagem ilícita dos limites hierárquicos, elementos esses que, na prática, caracterizam todas as formas de manipulação nocivas para o homem” (*The morality of killing: euthanasia, abortion and transplant*, London: Science, Medicine and Man, 1973).

No que se refere à *ortotanásia* – suspensão dos meios artificiais de manutenção da vida –, cada vez mais aceita e compreendida, não pode ser considerada ilícita, pois, em tais casos, se os critérios utilizados na conceituação diagnóstica forem corretos, o indivíduo já está morto. Por isso, nunca é demais dizer que tais critérios para um diagnóstico de morte encefálica devem ser mais e mais difundidos e explicados para o conjunto da sociedade, pois só assim as pessoas passarão a ser sócias de tais decisões. Além do mais, não há hoje necessidade do uso da expressão “eutanásia passiva” pelo seu sentido dúbio, chamando de eutanásia a qualquer forma de supressão da vida, de forma direta ou indireta, passiva ou ativa, voluntária ou involuntária, que tenha por medida antecipar a morte de um paciente incurável, evitando-lhe o sofrimento e a agonia. Até porque moralmente não existe nenhuma diferença entre alcançar um resultado por ação ou por omissão.

O mesmo se diga quanto à *distanásia* – obstinação terapêutica diante de casos irreversíveis e mantidos artificialmente –, pois só assim teremos uma alternativa consciente de determinar respeitosamente o fim da criatura humana. Isso nada tem a ver com o que se chama de “assassinato piedoso”. Uma coisa é se negar a cuidar da vida e prolongá-la; outra é prolongar apenas o processo inelutável da morte, como assinala Haering (*Medicina e manipulação*, São Paulo: Paulinas, 1973).

Acreditamos que essa distinção de estágios de um paciente terminal é importante, não só por questões de segurança ético-legal, mas como forma de equilibrar a inclinação pessoal, o interesse público e a ordem social. Achamos até que tais distinções deviam existir na norma penal, para que a matéria não fique no neutralismo das concepções apáticas, nem no açodamento do impulso ousado, permitindo que se venha decidir pelo comodismo ou pelos interesses inconfessáveis. Não esquecer ainda os três grandes riscos que a generalização da eutanásia pode acarretar: a possibilidade de erro, a possibilidade de abuso e o desgaste da relação médico-paciente. Abertas as portas, passam também as intenções e as consequências mais desastrosas. Além do mais, o perigo que uma possível institucionalização da eutanásia poderia representar às pessoas mais fracas de determinado segmento social.

Se quisermos simplificar a questão, diremos apenas que não se trata de sermos a favor ou contra a eutanásia, mas tão só de ter o cuidado de seguir criteriosamente o novo conceito de morte, sabendo-se se o paciente está vivo ou não. Com isso, muitas das chamadas “diretivas de futuro” (*advance directives* – DA), como os “testamentos vitais” (*living wills*), ou os “poderes legais” (*durable powers of attorney*), ambos instrumentos jurídicos para decisões sub-rogadas criados com base na “lei da autodeterminação do paciente” (*patient self-determination act* – PSDA), até de forma compulsória em certos climas mais consumistas, principalmente quando do internamento de pessoas carentes, já não terão maior significado. Clotet, com acentuada razão, afirma: “A atitude de desconfiança para com a PSDA é compreensível quando se leva em conta as seguintes questões: Qual o momento em que o curador deve iniciar o seu papel? É necessário um atestado médico ou do tribunal, para poder assumir as funções de curador ou de responsável pelo paciente? O que fazer quando as DA não têm nada a ver com o quadro ou situação extrema apresentados pelo paciente?” (Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da “The patient self-determination act”, *Bioética*, n. 1, p. 157-163, 1993).

Finalmente, uma coisa é certa: se o indivíduo está vivo, tratá-lo. Se ele morreu, não há por que mantê-lo artificialmente ligado a aparelhos. Não há meia-vida nem meia-morte.

## 19.12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXY, R. *Epílogo a la teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Fundación Beneficentia et Peritia Iuris, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Teoria da argumentação jurídica*. A teoria do discurso racional como teoria da justificação jurídica. São Paulo: Landy, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.
- ALMEIDA, M. *Reflexão sobre a eutanásia*. Trabalho apresentado ao XII Congresso Brasileiro de Medicina Legal, Londrina, 1984.
- ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- ASÚA, J. *Libertad de amar e derecho de morir*. 2. ed. Madrid: Ed. Historia Nueva, 1928.
- AZEVEDO, A. J. *Negócio jurídico*. Existência, validade e eficácia. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BARCHIFOUNTAINE, C. P. *Início da vida*. São Paulo: Loyola, 2004.
- BERISTAIN, A. Prolegômenos para a reflexão penal-criminológica sobre o direito de culminar a vida com dignidade. *Fascículos de Ciências Penais*, Porto Alegre, ano 4, v. 4, n. 4, out.-dez. 1991.
- BERTACHINI, L.; PESSINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- BIZATTO, J. I. *Eutanásia e responsabilidade médica*. Porto Alegre: Sagra, 1990.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- CAENEGEM, R. C. van. *Uma introdução histórica ao direito privado*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- CALSAMIGLIA, Albert. Sobre la eutanásia. In: VÁZQUEZ, R (Comp.). *Bioética e derecho: fundamentos e problemas actuales*. México: FCE, ITAM, 2002.
- COLON, E. C. *Tres temas penales*. Barcelona: Bosch Casa Editorial, 1955.
- DIAS, Hélio Pereira. *A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- DINIZ, Maria Helena. *Código Civil anotado*. 9. ed. rev. e atual. de acordo com o novo Código civil. São Paulo: Saraiva, 2003.
- DIERKENS, R. *Le droit sur le corps et le cadavre de l'homme*. Paris: Masson & Cie. Éditeurs, 1961.
- D'URSO, L. F. B. Responsabilidade do médico diante da eutanásia. *Doutrina Adcoas*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, p. 185-187, jul. 2000.
- FERRAZ, S. Eutanásia, breves considerações. *Fascículos de Ciências Penais*, Porto Alegre, ano 4, v. 4, n. 4, out.-dez. 1991.
- FERREL, M. D. La eutanasia y los principios Morales. *Fascículos de Ciências Penais*, Porto Alegre, ano 4, v. 4, n. 4, out.-dez. 1991.
- FRANÇA, G. V. A obrigação de viver. *JAMB*, São Paulo, ano XV, n. 675, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Decisão de não prolongar a vida. *JAMB*, São Paulo, ano XIV, n. 620, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. Eutanásia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 3, n. 2, fev.-mar. 1976.
- \_\_\_\_\_. Eutanásia – um enfoque ético-político. *Revista Bioética*, v. 7, n. 1, 1999.
- \_\_\_\_\_. Eutanásia. *Revista Residência Médica*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Medicina Legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. O médico e o doente incurável. *Revista Brasileira de Cirurgia*, Rio de Janeiro, nov.-dez. 1975.
- \_\_\_\_\_; SOUTO MAIOR, H. J. Direito de viver e direito de morrer. *Fascículos de Ciências Penais*, ano 4, v. 4, n. 4, out.-dez. 1991.
- FRANCO, A. O direito de matar. *Arquivo Brasileiro de Medicina Legal e Identificação*, ano III, n. 6, 1933.
- GALVÃO, L. C. C. *Medicina legal*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
- HABERMAS, J. *O futuro da natureza humana*. São Paulo: Martins Fontes, 2004
- HOFFBAUER, N. H. Ortotanásia, ou eutanásia por omissão. *Revista Forense*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 150, p. 515-8, nov./dez. 1953.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- MAGNO, H A. A responsabilidade civil do médico diante da autonomia do paciente. In: MORAES, M. C. B. de. *Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- MALHERBE, J. *Médecin et droit moderne*. Paris: Masson & Cie. Éditeurs, 1968.
- MARTIN, L. M. *A ética médica diante do paciente terminal*. Aparecida: Editora Santuário, 1993.
- MENEZES, E. C. *O direito de matar*. 2. ed. São Paulo: Freitas Bastos, 1977.
- MONTAVANI, F. Aspectos jurídicos da eutanásia. *Fascículos de Ciências Penais*, Porto Alegre, ano 4, v. 4, n. 4, out.-dez. 1991.
- MONTERO, E. Rumo a uma legalização da eutanásia voluntária? Reflexões sobre a tese da autonomia. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v.

89, n. 778, p. 461-475, ago. 2000.

MORALES, R. V. *O direito de morrer sem dor*. São Paulo: Edições e Publicações Brasil, 1933.

PERSIANO, O. Eutanásia – direito de matar. *Jurisprudência Alagoana*, Maceió, n. 7, p. 223-226, dez. 1992.

PESSINI, L. *Distanásia – Até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola, 2001.

PIVA, J. P.; CARVALHO, P. R. A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Revista Bioética*, v. 1, n. 2, 1993.

RIBEIRO, L. O médico diante da eutanásia. *Arquivos de Medicina Legal e Identificação*, ano III, n. 6, 1933.

RÁO, V. *O direito e a vida dos direitos*. São Paulo: RT, 2004.

SANTOS, C. C. L. *Biodireito*. São Paulo: RT, 2001.

SANTOS, J. P. A. Ponderação e regras de direito fundamental. *Revista do Mestrado em Direito – UFAL – Universidade Federal de Alagoas*, Maceió: Nossa Livraria, ano 2, n. 2, p. 251-266, 2006.

SARLET, I W. Direitos fundamentais e direito privado: algumas considerações em torno da vinculação dos particulares aos direitos fundamentais. *A constituição concretizada: construindo pontes com o público e o privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

SEGRE, M. Eutanásia: aspectos éticos e legais. *Revista AMB*, v. 32, n.7/8, jul.-ago. 1986.

SERTÃ, Renato Lima Charnaux. *A distanásia e a dignidade do paciente*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

SEVATIER, R. *Traité de droit médical*. Paris: Librairie Techniques, 1956.

SILVA, F. L. Direitos e deveres do paciente terminal. *Revista Bioética*, v. 1, n. 2, 1993.

SILVA, M. J. P. (Org.). *Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados na enfermagem*. São Paulo: Loyola, 2004.

SOARES, O. E. C. Direito à vida. *Revista Forense*, Rio de Janeiro, v. 92, n. 336, p. 149-173, out.-dez. 1996.

SOUSA, D. Eutanásia, ortotanásia e distanásia. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 83, n. 706, p. 283-289, ago. 1994.

SZANIAWSKY, Elimar. *Direitos de personalidade e sua tutela*. São Paulo: RT, 2005.

URMSON, J. O. *Saints and Heroes. Moral Concepts*. Oxford: University Press, 1978.

VIANA, M. G. *Ética geral e profissional*. Porto: Livraria Figueirinhas, 1976.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Bioética e biodireito*. São Paulo: Jurídica Brasileira, 2003.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. *Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida*. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

## LEGISLAÇÃO ACERCA DA MORTE

**Sumário:** 20.1. Introdução. 20.2. Conceito atual de morte. 20.3. Disponibilidade do cadáver. 20.4. Cremação de cadáveres. 20.5. Necropsias clínicas. 20.6. Necropsia médico-legal. 20.7. Utilização de cadáveres no ensino e na pesquisa médica. 20.8. Quem deve fornecer o atestado de óbito? 20.9. O atestado de óbito e a ética nos desastres de massa. 20.10. Partes anatômicas. 20.11. O médico e a morte. 20.12. Cesárea *post mortem*. 20.13. Gravidez, morte encefálica e transplantes de órgãos. 20.14. A participação médica na pena de morte. 20.15. Cuidados paliativos. 20.16. Referências bibliográficas.

### Código Civil

Art. 6.º A existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura de sucessão definitiva.

Art. 7.º Pode ser declarada a morte presumida, sem decretação de ausência:

I – se for extremamente provável a morte de quem estava em perigo de vida;

II – se alguém, desaparecido em campanha ou feito prisioneiro, não for encontrado até dois anos após o término da guerra.

Parágrafo único. A declaração da morte presumida, nesses casos, somente poderá ser requerida depois de esgotadas as buscas e averiguações, devendo a sentença fixar a data provável do falecimento.

Art. 8.º Se dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar se algum dos comorientes precedeu aos outros, presumir-se-ão simultaneamente mortos.

Art. 9.º Serão inscritos em registro público:

I – Os nascimentos, casamentos e óbitos. (...).

Art. 1.571. A sociedade conjugal termina:

I – Pela morte de um dos cônjuges. (...).

### Código Penal

Art. 107. Extingue-se a punibilidade:

I – Pela morte do agente. (...).

Art. 121. Matar alguém:

Pena – reclusão, de seis a vinte anos.

Art. 211. Destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele:

Pena – reclusão, de um a três anos, e multa.

Art. 212. Vilipendiar cadáver ou suas cinzas:

Pena – reclusão, de um a três anos, ou multa, de quinhentos a três mil cruzeiros.

## **Código de Processo Penal**

Art. 162. A autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

Parágrafo único. Nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal a apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante.

## **Lei das Contravenções Penais**

Art. 67. Inumar ou exumar cadáver, com infração das disposições legais:

Pena – prisão simples, de um mês a um ano, ou multa.

## **Lei n.º 8.501, de 30 de novembro de 1992**

Art. 1.º Esta Lei visa disciplinar a destinação de cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, para fins de ensino e pesquisa.

Art. 2.º O cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, no prazo de trinta dias, poderá ser destinado às escolas de medicina, para fins de ensino e de pesquisa de caráter científico.

Art. 3.º Será destinado para estudo, na forma do artigo anterior, o cadáver:

I – sem qualquer documentação;

II – identificado, sobre o qual inexistem informações relativas a endereços de parentes ou responsáveis legais.

§ 1.º Na hipótese do inciso II deste artigo, a autoridade competente fará publicar, nos principais jornais da cidade, a título de utilidade pública, pelo menos dez dias, a notícia do falecimento.

§ 2.º Se a morte resultar de causa não natural, o corpo será, obrigatoriamente, submetido à necropsia no órgão competente.

§ 3.º É defeso encaminhar o cadáver para fins de estudo quando houver indício de que a morte tenha resultado de ação criminosa.

§ 4.º Para fins de reconhecimento, a autoridade ou instituição responsável manterá, sobre o falecido:

a) os dados relativos às características gerais;

b) a identificação;

c) as fotos do corpo;

d) a ficha datiloscópica;

e) o resultado da necropsia, se efetuada; e

f) outros dados e documentos julgados pertinentes.

Art. 4.º Cumpridas as exigências estabelecidas nos artigos anteriores, o cadáver poderá ser liberado para fins de estudo.

Art. 5.º A qualquer tempo, os familiares ou representantes legais terão acesso aos elementos de que trata o § 4.º do art. 3.º

desta Lei.

Art. 6.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7.º Revogam-se as disposições em contrário.

## **Leis de Acidentes do Trabalho**

Art. 86. Em todo caso em que, de um acidente do trabalho, resultar a morte do empregado, ou em que a um acidente do trabalho for ela atribuída, dever-se-á proceder à autópsia, que poderá ser ordenada pela autoridade judiciária ou policial, por sua própria iniciativa, a pedido de qualquer das partes, ou do médico assistente da vítima.

### **PORTARIA N.º 116, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2009**

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde *Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.*

(...).

#### **Seção IV**

#### **Das atribuições e responsabilidades dos médicos sobre a emissão da Declaração de Óbito**

Art. 17. A emissão da DO é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

Art. 18. Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo.

Art. 19. A competência para a emissão da DO será atribuída com base nos seguintes parâmetros:

I – Nos óbitos por causas naturais com assistência médica, a DO deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, ou de acordo com as seguintes orientações:

a) A DO do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência ou impedimento, pelo médico substituto, independente do tempo decorrido entre a admissão ou internação e o óbito;

b) A DO do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

c) A DO do paciente em tratamento sob regime domiciliar na Estratégia Saúde da Família (ESF), internação domiciliar e outros deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, podendo ainda ser emitida pelo SVO, caso o médico não disponha de elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições; e

d) Nas localidades sem SVO ou referência de SVO definida pela CIB, cabe ao médico da ESF ou da Unidade de Saúde mais próxima verificar a realidade da morte, identificar o falecido e emitir a DO, nos casos de óbitos de paciente em tratamento sob regime domiciliar, podendo registrar “morte com causa indeterminada” quando os registros em prontuários ou fichas médicas

não ofereçam elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento que fazia. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo, entretanto, se tiver conhecimento, informar doenças preexistentes na Parte II deste documento.

II – Nos óbitos por causas naturais, sem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

a) Nas localidades com SVO, a DO deverá ser emitida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo, entretanto, se tiver conhecimento, informar doenças preexistentes na Parte II deste documento.

III – Nos óbitos fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a DO quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.

IV – Nos óbitos não fetais, de crianças que morreram pouco tempo após o nascimento, os médicos que prestaram assistência à mãe ou à criança, ou seus substitutos, ficam obrigados a fornecer a DO independente da duração da gestação, peso corporal ou estatura do recém-nascido, devendo ser assegurada neste caso também a emissão da Declaração de Nascidos Vivos pelo médico presente ou pelos demais profissionais de saúde.

V – Nas mortes por causas externas:

a) Em localidade com IML de referência ou equivalente, a DO deverá, obrigatoriamente, ser emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente; e

b) Em localidade sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*), qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente.

§ 6.º Nos óbitos ocorridos em localidades onde exista apenas um médico, este é o responsável pela emissão da DO.

§ 7.º Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, a emissão das 3 (três) vias da DO deverá ser solicitada ao Cartório do Registro Civil de referência, pelo responsável pelo falecido, acompanhado de 2 (duas) testemunhas, em conformidade com os fluxos acordados com as corregedorias de Justiça local.

§ 8.º As Secretarias Municipais de Saúde deverão indicar o médico que emitirá a DO, de acordo com o preconizado acima, caso restem dúvidas sobre a atribuição.

§ 9.º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SIM.

## Seção V

### Do Fluxo da Declaração de Óbito

Art. 20. No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO emitida na Unidade Notificadora terá a seguinte destinação:

I – 1.ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2.ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 21. No caso de óbito natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO preenchida pelo médico responsável, conforme normatizado na Seção IV, terá a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II – 2.<sup>a</sup> via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Parágrafo único. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades sem SVO, as vias da DO emitidas pelo médico do Serviço de Saúde mais próximo, ou pelo médico designado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o § 8.º do art. 19 desta Portaria, deverão ter a mesma destinação disposta no *caput* deste artigo.

Art. 22. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades com SVO, a DO emitida pelo médico daquele Serviço deverá ter a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2.<sup>a</sup> via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.<sup>a</sup> via: Serviço de Verificação de Óbitos.

Art. 23. No caso de óbito natural ocorrido em localidade sem médico, a DO preenchida pelo Cartório do Registro Civil terá a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e

II – 2.<sup>a</sup> via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

§ 1.º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se de todos os meios disponíveis para esta finalidade.

§ 2.º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do *caput* deste artigo, a 1.<sup>a</sup> via será coletada pelo DSEI para processamento dos dados.

Art. 24. No caso de óbito natural ocorrido em aldeia indígena, com assistência médica, a DO emitida terá a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

II – 2.<sup>a</sup> via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.<sup>a</sup> via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 25. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, as três vias da DO, emitidas pelo médico do IML de referência, ou equivalente, deverão ter a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> via: Secretaria Municipal de Saúde;

II – 2.<sup>a</sup> via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III – 3.<sup>a</sup> via: Instituto Médico Legal.

Art. 26. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, nas localidades onde não exista IML de referência, ou equivalente, as três vias da DO, emitidas pelo perito designado pela autoridade judicial ou policial para tal finalidade, deverão ter a seguinte destinação:

I – 1.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II – 2.<sup>a</sup> via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Art. 46. Fica revogada a Portaria n.º 20/SVS, de 03.10.2003, publicada no *Diário Oficial da União* n.º 194, Seção 1, p. 50, de 07.10.2003, e republicada no Diário Oficial da União n.º 196, Seção 1, p. 71, de 09.10.2003.

GERSON OLIVEIRA PENNA

### **Resolução CFM n.º 1.480, de 8 de agosto de 1997**

Art. 1.º A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2.º Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no “termo de declaração de morte encefálica” anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3.º A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4.º Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia.

Art. 5.º Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos: 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto: 24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos: 12 horas
- d) acima de 2 anos: 6 horas

Art. 6.º Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

- a) ausência de atividade elétrica cerebral, ou
- b) ausência de atividade metabólica cerebral, ou
- c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Art. 7.º Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) acima de 2 anos: um dos exames citados no art. 6.º, alíneas *a*, *b* e *c*;
- b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no art. 6.º, alíneas *a*, *b* e *c*. Quando se optar por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;
- c) de 2 meses a 1 ano incompleto: 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;
- d) de 7 dias a 2 meses incompletos: 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8.º O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9.º Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for

delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM n.º 1.346/91.

## **Código de Ética Médica**

*É vedado ao médico:*

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

## **20.1. INTRODUÇÃO**

A pessoa natural termina com a morte. Esta é a morte *real*.

Existe também a chamada *morte presumida*, que nossa lei civil admite ser declarada sem decretação de ausência: quando for extremamente provável a morte de quem estava em perigo de vida; quando alguém, desaparecido em campanha ou feito prisioneiro, não for encontrado até dois anos após o término da guerra. Todavia, sua declaração nestes casos só poderá ser requerida depois de esgotadas as buscas e averiguações, devendo a sentença fixar a data provável do falecimento.

Entendendo-se que a existência da pessoa natural termina com a morte, tem-se de admitir que o morto não é pessoa, e sim coisa. Porém, tal fato não dispensa o nosso respeito, a nossa piedade e a nossa reverência, como também não há desclassificação por ser assim considerado.

Não constituem cadáver a mola, partes do corpo, o esqueleto e a múmia. O feto morto, no entanto, ainda permanece na esfera das controvérsias doutrinárias, se se trata ou não de cadáver.

Os autores, em geral, quando se referem à questão, simplesmente afirmam que o natimorto não é cadáver.

Ora, se o sujeito passivo do crime de violação ao respeito dos mortos é a coletividade ou o estado em si próprio, não vemos por que razão não estender esse conceito ao feto morto, e conseqüentemente o ilícito penal quando daquela infração. Não o considerando como cadáver, o vilipêndio, a subtração e a ocultação não estariam infringindo o sentimento ético da comunidade. O tributo que se rende aos mortos tem um significado religioso.

Assim, ao que nos parece, é o natimorto cadáver. Não vemos diferença, no tocante a este assunto,

entre um feto nascido morto e um recém-nascido que viveu apenas alguns minutos. A docimásia não poderia jamais estabelecer limites entre fatos que dizem respeito unicamente à Moral. O corpo humano, em qualquer fase de seu desenvolvimento, é sempre coisa sagrada e inspira sentimentos iguais aos que outros mortos inspiram.

## 20.2. CONCEITO ATUAL DE MORTE

É difícil definir a morte, porque ela não é um fato instantâneo, mas uma sequência de fenômenos gradativamente processados nos vários órgãos e sistemas de manutenção da vida. O médico hoje, no entanto, com os novos meios semiológicos e instrumentais disponíveis, pode diagnosticá-la mais precocemente.

Assim, passados os instantes de espanto e expectativa, é necessária uma profunda reflexão sobre um novo conceito de morte, quando as cirurgias de transplante tornam-se uma realidade técnica e quando as condições atuais permitem prolongar por muito tempo uma vida através de meios artificiais. Por outro lado, não é justo que se tenham dois conceitos de morte: um, de caráter consumista e pragmático para satisfazer os interesses da transplantação, outro, de caráter protocolar, para as questões civis e sanitárias. É necessário que se tenha, para qualquer interesse, um só conceito de morte.

Seria indispensável também que essa nova definição de morte, baseada no coma irreversível e identificada pela ausência de reflexos, pela falta de estímulos e respostas intensas, pela cessação da respiração natural e por um registro eletroencefalográfico por mais de 24 horas, para não ser uma forma apressada de justificar a retirada sorrateira de órgãos para transplantes. Mas que representasse uma decisão consciente capaz de garantir que alguém esteja verdadeiramente morto.

Os fundamentos éticos de um conceito rigoroso de morte nos levam a respeitar um determinado espaço de tempo, dentro de uma criteriosa margem de segurança. Reconhecemos que os meios médico-legais mais tradicionais para um pronto diagnóstico de morte contribuem apenas limitadamente, devido à evolução dos fenômenos abióticos consecutivos, que trazem, inevitavelmente, lesões irreversíveis aos órgãos e tecidos. Todavia, não podemos esquecer as palavras de Vega Diaz: “Um segundo pode ser a unidade de tempo que faça de um sujeito vivo um cadáver, mas também pode fazer da morte um homicídio”.

Atualmente, a tendência é dar-se privilégio à avaliação da atividade cerebral e ao estado de descerebração ultrapassada, como indicativos de morte real. Será que basta apenas a observação do traçado isoeletrico do cérebro para se concluir pelo estado de morte? Acreditamos que não.

A morte, como elemento definidor do fim da pessoa, não pode ser explicada pela parada de um determinado órgão, por mais hierarquizado e indispensável que seja. É na extinção do complexo pessoal, representado por um conjunto, que não era constituído só de estruturas e funções, mas de uma representação global. O que morre é o conjunto que se associava para a integração de uma personalidade. Daí a necessidade de não se admitir em um só sistema o plano definidor da morte.

A Associação Médica Mundial, já em 1968, preocupada com o problema, estabeleceu na Declaração de Sidney: “A dificuldade é que a morte cerebral é um processo gradual de nível celular, já que a capacidade dos tecidos de suportar a falta de oxigênio é variável. Sem dúvida, o interesse clínico não reside no estado de conservação dos tecidos isolados, e, sim, no interesse da pessoa. Essa conclusão tem que se basear no juízo clínico, complementado por instrumentos auxiliares, entre os quais é o eletroencefalógrafo o mais útil. Em geral, nenhuma prova instrumental isolada é inteiramente satisfatória no estado atual da Medicina, nem nenhum método técnico pode substituir o juízo global do médico”.

Em 1967, disse Breecher (*Med. Tribune*, trad. do A., Nova York, 25.12.1967): “O desejo de aceitar o critério de lesão cerebral irreversível para formular uma nova definição de morte procede de certos interesses criados”. E entre esses interesses citava os familiares que desejam acabar com o sofrimento interminável, recusando as medidas de ressurreição; os dos cirurgiões que procuram órgãos frescos para transplantação; os da sociedade em geral, alarmada com os crescentes gastos com a assistência aos casos que se convencionou como irrecuperáveis.

O conceito de morte cerebral é fundamentado na atividade elétrica do cérebro, captada pelo eletroencefalógrafo. Porém, essa interpretação tem criado várias controvérsias. Assim, Wertheimer e Jouvét (*Press. Med.*, trad. do A., 67/87, 1959) foram os primeiros que defenderam o critério do EEG, associado ao juízo clínico, para o diagnóstico de morte. A atividade elétrica silenciosa e persistente seria igual à morte.

No entanto, nas intoxicações barbitúricas, encontra-se um EEG aparentemente isoelétrico, durante horas ou dias, podendo, todavia, o paciente restabelecer-se (Haider e cols., *British Medical Journal*, trad. do A., p. 314, 3.08.1968 – Estatística de 5 casos).

Kimura e cols. (*Archive of International Medicine*, trad. do A., 121/511, jun. 1968) afirmavam que não é fácil determinar, num EEG isoelétrico, o tempo de conclusão real da vida. Em vinte e cinco casos de EEG plano, de pacientes com lesões cerebrais, mantidas controladamente a circulação e a respiração, observaram que a morte aparecera de um a quinze dias, sendo que dois deles se recuperaram mais tarde.

Um Comitê da Escola de Medicina de Harvard, designado para estudar um conceito exato de morte, publicou num trabalho intitulado Definição do coma irreversível (*Journal of the American Medical Association*, v. 205, p. 337, 05.08.1968) os resultados de suas deliberações. Baseando-se em que nos casos de coma nem sempre se dispõe de um EEG, esse Comitê definiu que aquele conceito deve fundamentar-se em sinais clínicos, na ausência da circulação (determinada através dos vasos retinianos), ou na falta da atividade cardíaca. E enfatizou os seguintes sinais: 1. inconsciência total e falta de resposta aos estímulos externos; 2. ausência da respiração (comprovada por uma hora de observação, ou pela parada dos movimentos respiratórios espontâneos quando se para o respirador durante 3 minutos); 3. ausência de reflexos; 4. EEG plano. Mesmo assim, aconselha um especial cuidado ao conceito de EEG plano. Nessas condições, o Comitê de Harvard atribuía o caráter de “irreversibilidade”, e, por consequência, a morte.

Gerin e Frache apresentam como prova irrefutável e irreversível da morte o eletrocardiograma associado à injeção intercardíaca de adrenalina. A permanência de um traçado nulo, sem a mais leve oscilação, permite um diagnóstico de morte real (Villanova y Morales, *Injertos y transplantes del cadáver*, Madrid: Editora Paz Montalvo, 1959).

Alexandre, de Bruxelas (*Medico-Legal Journal*, 32, Part. 1, 1967, 19), propõe os seguintes sinais: 1. midríase bilateral completa; 2. ausência total dos reflexos; 3. falta da respiração espontânea durante cinco minutos depois de se haver interrompido a respiração artificial; 4. queda da tensão arterial; 5. EEG plano.

Na Holanda, a Associação de EEG e Neurofisiologia Clínica, depois de estudar o problema da morte cerebral, chegou às seguintes conclusões: a) um EEG isoelétrico de 1 minuto, ou menos, de duração pode normalizar-se rápida e completamente; b) um EEG isoelétrico que dure mais de 5 minutos pode ainda normalizar-se; c) um EEG isoelétrico que dure mais de uma hora indica, quando menos, uma lesão grave e quase sempre irreversível da função cortical; d) um EEG isoelétrico que dure mais de 24 horas indica uma perda irreversível da função cortical.

No entanto, Contreras e Sepúlveda (*Tribuna Médica*, 341/356, 1968), em “Diagnóstico

Eletroencefalográfico da Morte do Sistema Nervoso Central”, citam casos de EEG isoelétricos prolongados, seguidos de recuperação.

Simpson, professor de Medicina Legal da Universidade de Londres, afirmou recentemente que jamais aprovaria a retirada de um órgão num enfermo mantido com respiração artificial e com batimentos cardíacos, qualquer que fosse o traçado do EEG.

Do *Massachusetts General Hospital* vem o seguinte conceito para a determinação da morte:

1. nenhuma respiração espontânea por um mínimo de 60 segundos;
2. nenhuma respiração reflexa (superficial, profunda, orgânica etc.) e nenhuma alteração do ritmo cardíaco por pressão ocular ou dos seios carotídeos;
3. EEG de linha *flat* sem ritmo em todas as derivações, pelo menos 60 minutos de registro contínuo;
4. dados básicos de laboratório, incluindo estudo eletrolítico;
5. divisão da responsabilidade do pronunciamento de morte com outros colegas.

Quatro critérios, elaborados pelas Universidades de Minnesota e Pittsburgh, e pela Conferência do Royal College e da Faculdade de Medicina do Reino Unido, não diferem muito dos autores mais modernos que defendem o conceito de morte encefálica como o de morte real, sempre baseados nos mesmos princípios: coma profundo indiferente aos estímulos externos; ausência dos reflexos fotomotor, corneanos, óculo-cefálico e vestibulo-ocular; hipotonia muscular; rigidez de descerebração; ausência de respiração espontânea; e silêncio elétrico persistente da atividade cerebral. Pode-se ainda usar como meios opcionais a angiografia e a cintilografia cerebral.

Mais recentemente, o Cornell Center Medical, para um diagnóstico de morte encefálica, estabeleceu os seguintes padrões:

### 1. *Natureza e duração do coma*

- a) doenças estruturais ou causa metabólica irreversível conhecidas;
- b) nenhuma chance de intoxicação por drogas ou hipotermia;
- c) seis horas de observação de ausência da função cerebral são suficientes em casos de causa estrutural conhecida em que não há álcool ou droga alguma envolvida na causa ou no tratamento. De outra forma são necessárias 12 a 24 horas, mais uma investigação negativa quanto a drogas.

### 2. *Ausência de função do cérebro e tronco cerebral*

- a) Ausência de respostas reflexa ou comportamental a estímulos nocivos acima do nível do *foramen magnum*;
- b) pupilas fixas;
- c) ausência de resposta óculo-vestibular a calorias de 50 ml de água gelada;
- d) apneia durante a oxigenação de 10 minutos;
- e) circulação do sistema nervoso pode estar intacta.

### 3) *Critérios suplementares (opcionais)*

- a) EEG isoelétrico por 30 minutos ao ganho máximo;
- b) ausência de circulação cerebral ao exame angiográfico.

Hoje, pelo visto, a tendência é aceitar-se a “morte encefálica”, traduzida como aquela que compromete seriamente a vida de relação e a coordenação da vida vegetativa, diferente, pois, da “morte cerebral” ou “morte cortical”, que compromete apenas a vida de relação.

Mesmo admitindo certas dificuldades para estabelecer normas de definição simples, inequívocas e objetivas para a prova de morte, propomos, para qualquer finalidade, um único padrão baseado nos seguintes critérios:

1. Ausência total de resposta cerebral, com perda absoluta da consciência. Nos casos de coma irreversível, presença de um eletroencefalograma plano (tendo cada registro a duração mínima de 30 minutos), separados por um intervalo nunca inferior a 24 horas. Esse dado não deve prevalecer para recém-nascidos ou em situações de hipotermia induzida artificialmente, de administração de drogas depressivas do sistema nervoso central, de encefalites e de distúrbios metabólicos ou endócrinos.
2. Abolição dos reflexos cefálicos, como hipotonia muscular e pupilas fixas e indiferentes ao estímulo luminoso.
3. Ausência da respiração espontânea por 5 minutos, após hiperventilação com oxigênio 100%, seguida da introdução de um cateter na traqueia, com fluxo de 6 litros de O<sub>2</sub> por minuto.
4. Causa do coma conhecida.
5. Estruturas vitais do encéfalo lesadas irreversivelmente.

O Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução CFM n.º 1.480, de 8 de agosto de 1997, dispondo sobre novos critérios de constatação de morte encefálica. Com a edição desta Resolução, ficam atualizadas as normas anteriormente editadas, baixando seu limite de idade, criando um termo de declaração de morte encefálica para ser preenchido no hospital e estabelecendo novos critérios para a avaliação da morte, mesmo em centros desprovidos de recursos técnicos mais sofisticados.

Os parâmetros clínicos para a avaliação da morte encefálica estão indicados na valorização do coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e da apneia. Os exames complementares indicados para essa confirmação devem estar representados pela ausência da atividade elétrica cerebral ou pela ausência da atividade metabólica cerebral ou pela ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas e eletroencefalográficas necessárias para a caracterização da morte encefálica são definidas por faixa etária, como: de 7 dias a dois meses incompletos – 48 horas; de dois meses a um ano incompleto – 24 horas; de 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas; acima de 2 anos – 6 horas. Nosso ponto de vista é que o prazo mínimo deveria ser de 24 horas para os maiores de dois anos e 48 horas para os de idade entre 7 dias e dois anos.

O termo de declaração de morte encefálica, a ser arquivado no próprio prontuário do paciente, consta da identificação, da causa do coma, do exame neurológico, das assinaturas dos profissionais que procederam ao exame clínico, dos exames complementares e das observações que indicam as recomendações para a prática dos diversos exames e testes.

A citada Resolução finaliza determinando que o Diretor Clínico da Instituição Hospitalar, ou quem for delegado, comunique a morte encefálica aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a Unidade Hospitalar onde o mesmo se encontra internado.

Pelo exposto até agora, a tendência é aceitar-se cada vez mais a “morte encefálica”, traduzida como

aquela que compromete de forma irreversível a vida de relação e a coordenação da vida vegetativa, diferente, pois, da “morte cortical”, que apenas compromete a vida de relação, mas o tronco cerebral continua a regular os outros processos vitais, como a respiração e a circulação sem a ajuda de meios artificiais.

Recomendamos a escolha da expressão “morte encefálica”, e não “morte cerebral”, porque, entre outros, assim referem-se a Lei n.º 9.434/1997, que trata dos transplantes de órgãos e tecidos, e a Resolução CFM n.º 1.480/1997, já citada e que se reporta aos parâmetros clínicos e subsidiários para a comprovação da morte.

Daquela forma, só há morte quando existe lesão irreversível de todo encéfalo. Isto, além de ser tecnicamente mais fácil e seguro de se afirmar, não nos levaria a intervir contra um comatoso que mantém suas funções vitais sem a assistência de um respirador ou de outras medidas de reanimação circulatória.

Mollaret e Goulon cunharam a expressão “coma *dépassé*” como sendo aquele em indivíduos com respiração assistida, arreflexia, perda irreversível da consciência associada a um “silêncio” eletroencefalográfico. Com tais critérios, pode-se propor tranquilamente um conceito ético de morte. E mais: isto nada tem a ver com o conceito tradicional de morte, baseado nos parâmetros cardiorrespiratórios.

É perigoso dizer-se que a vida só deve ser preservada quando constituir um veículo para a consciência e que apenas a consciência tem valor. Pode-se até admitir que alguém se expresse e se aperfeiçoe mediante uma atividade, porém não se identifica com ela. Aquele pensamento pode levar a políticas eugênicas e propostas seletivas, onde certamente os grupos mais discriminados seriam vítimas. Uma nobre intenção de hoje pode transformar-se num pesadelo amanhã.

A oposição aos critérios exclusivamente cerebrais é fundamentada no princípio de que, sendo a vida a harmonia da unidade biopsíquica em seu aspecto funcional e orgânico, a morte será sempre o comprometimento das funções vitais, por um tempo razoável que não deixe dúvidas quanto à permanência de vida. O traçado isoeétrico do cérebro não deve constituir, por si só, elemento decisivo para o diagnóstico de morte, pois, em diversas ocasiões como foram observadas, pode ser transitório. Por isso, o conceito de morte deve ser inserido dentro de um contexto clínico-instrumental que não deixe nenhuma dúvida.

O respeito ao aspecto cronométrico, no que se refere ao silêncio eletrográfico da atividade do cérebro e da ausência de respiração espontânea, seria, por certo, de benéfica repercussão, pois, além de conquistar a confiança da sociedade com rigorosos critérios de comprovação da morte, teria também a vantagem de disciplinar um ou outro impulso mais ousado nas estratégias de transplantação de certos órgãos ou na suspensão dos meios artificiais da vida.

Do mesmo modo, os meios propedêuticos de alto risco, pelos seus possíveis malefícios, apresentam consideráveis objeções éticas, visto que essas intervenções não constituem benefícios para o paciente, senão um interesse alheio, já que se trata de um meio de antecipar a comprovação da morte, muitas vezes com o propósito de obtenção de órgãos para serem transplantados noutra pessoa. A justificativa dessa intervenção perigosa e lesiva só teria sentido se amparado pela necessidade de um benefício em favor do próprio paciente e nunca como forma de utilizar seu corpo na concretização de um fim alheio.

Toda intervenção invasiva no corpo do paciente é, em tese, uma agressão, e, por isso, necessita de uma justificativa. Nestes casos, a suposição de um estado de necessidade justificativo está fora de cogitação, pois não se pode usar um corpo humano como meio para obtenção de vantagens de outrem.

Acreditamos ter-se chegado ao momento de se elaborar um razoável conceito ético de morte, desde que os critérios médicos para sua avaliação sejam simples, objetivos, transparentes, universais e

acessíveis. E que se entenda que o momento da morte não pode ser objeto de diagnóstico porque ele não é evidente nem avaliado. Mas pode-se determinar a morte desde que se possa confirmar a ausência de sinais de vida organizada. Esta determinação também não pode estar na morte de um órgão, mesmo sendo ele indispensável, senão na evidência de sinais claros que indiquem a privação da atividade vital como um todo e, se possível, registrados em instrumentos confiáveis.

Resumindo: o fato de um indivíduo, com privação irreversível da consciência, manter espontaneamente a integração das funções vitais (respiração e circulação) demonstra que é uma pessoa viva. Tal afirmativa, no entanto, não é o mesmo que manter tecnologicamente um simulacro de vida, prolongar artificialmente um sofrimento ou insistir no medicalismo obstinado da medicina fútil.

### **20.3. DISPONIBILIDADE DO CADÁVER**

O cadáver começa a ter, no mundo dos vivos, uma importância cada vez maior. Esse material anatômico passa a despertar um evidente interesse, constituindo-se, pouco a pouco, em fator de grande valia no mundo atual. Seu uso não se restringe apenas aos fins didáticos, clínicos e científicos, mas, agora, à finalidade terapêutica.

Em sentido afetivo, o cadáver pertence à família, cabendo, de início, aos parentes, responsáveis ou terceiros, a iniciativa das honras fúnebres e do sepultamento, dentro do que preceituam as normas sanitárias e legais. Todavia, em qualquer tempo, tem o estado direitos sobre essa posse. Em suma: o cadáver pertence ao estado.

Não é prática lícita o indivíduo vender seu próprio corpo, embora o seja a cessão. O corpo humano é de natureza extrapatrimonial. É *res extra commercium*, inacessível aos negócios habituais. O cadáver não pode ser utilizado para fins lucrativos.

O Direito Civil reconhece o direito patrimonial de uma pessoa jurídica e não do interesse extrapatrimonial da pessoa humana.

O homem que cede seu cadáver a uma instituição científica é amparado pela moral e consagrado pelos costumes. Se a vontade do *de cuius* é vinculante no que se refere ao seu testamento, nada mais justo que o seja também no que se refere à disposição de seu cadáver.

No entanto, a família jamais poderá ceder o cadáver a uma instituição se essa não era a vontade do morto. Essa regra é absoluta.

Qualquer que seja a sua importância, a necropsia clínica ou científica nos casos de morte natural só poderá ser realizada com o consentimento da família. O mesmo não se passa com a morte violenta, pois há um interesse de ordem legal que se sobrepõe à vontade dos particulares.

Mesmo assim, a tendência atual é o Poder Público autorizar as instituições hospitalares a praticar a necropsia, mesmo sem o consentimento da família, pelo seu indiscutível interesse científico, na contribuição do bem-estar coletivo.

Finalmente, é necessário que se entenda ser o cadáver não apenas matéria inanimada. Tem ele um estatuto que lhe é próprio. E, antes de mais nada, o que foi um ser humano, na plena acepção do termo.

### **20.4. CREMAÇÃO DE CADÁVERES**

Muitos são os países que adotam o sistema de cremação de cadáveres. Entre eles a Índia, Suíça, Alemanha, a ex-Tcheco-Eslováquia, Canadá, EUA e, principalmente, a Inglaterra, que conta com 177

crematórios, e que somente no ano de 1963 realizou 261.346 cremações (Dionysio de Klobusitzky, Ainda sobre a Cremação de Cadáveres”, *Folha de S. Paulo*, edição de 17.04.1966).

Alguns estados brasileiros têm em sua Constituição dispositivos que permitem tal prática.

Nesse processo, o cadáver é transformado em cinzas, em fornos elétricos especiais que suportam uma temperatura de 800 a 1.000 °C, constituídos de uma grelha rotatória e de um coletor de cinzas, operação essa que varia de uma a duas horas no máximo.

Os crematórios, em geral, têm um salão de cerimônias, munido de um visor que permite a visibilidade a uma antecâmara, onde o corpo é levado através de um carretel que roda sobre trilhos, conduzindo o caixão para o interior daquela dependência. Depois, as cinzas são depositadas numa caixa de metal, cuja tampa é selada e colocada em urnas de bronze artisticamente decoradas.

Esse é, na verdade, o processo mais higiênico, mais econômico, mais prático e mais humano. Entretanto, surgem algumas objeções de ordem médico-legal, afetiva e religiosa.

Sob o ponto de vista médico-legal, a cremação apresenta o inconveniente de não poder ser realizada numa morte violenta, o que acarretaria especulações e dúvidas sobre a morte e suas circunstâncias.

O sentimentalismo tem feito com que as pessoas, em sua maioria, resistam à ideia da cremação, devido, principalmente, à violência desse processo.

Finalmente, o sentimento religioso ainda representa o maior obstáculo à adoção dessa medida, em face da crença na ressurreição dos corpos no dia do juízo.

Todavia, essas objeções podem ser totalmente conciliadas. O problema médico-legal seria resolvido autorizando-se a cremação, nas mortes naturais, somente após o diagnóstico de *causa mortis*, fornecido pelos serviços oficiais de verificação de óbito, por meio de necropsias e exames anatomopatológicos. A questão sentimental seria aos poucos amenizada, pois nos parece muito mais humano o processo de cremação, que não modifica o estado final do homem – voltar ao pó, e evita a marcha putrefata dos corpos e sua conseqüente destruição pela fauna cadavérica. Quanto ao sentimento religioso, hoje em dia encontra-se em parte sanado, após a Instrução do Santo Ofício e o *placet* papal de 5 de julho de 1964, restituindo os sacramentos aos cremados.

Nas grandes cidades, o problema das necrópoles já começa a inquietar os administradores públicos, devido à grande falta de espaço.

Assim, não há dúvida de que a cremação, ressalvados os casos especiais, constitui o processo ideal, haja vista ser um método prático, higiênico e econômico. Admite-se, também, que esse processo deva ter sempre o caráter facultativo, com a instalação de crematórios nas metrópoles mais desenvolvidas e de maior população.

Atualmente, a Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973, em seu art. 77, § 2.º, permite a cremação apenas daqueles que tenham manifestado em vida a vontade de serem incinerados ou no interesse da Saúde Pública, e quando o atestado de óbito for firmado por dois médicos ou por um legista, no caso de morte violenta, depois que a autoridade policial ou judiciária permitir.

## 20.5. NECROPSIAS CLÍNICAS

A obrigatoriedade e a necessidade da necropsia nos casos de mortes violentas estão disciplinadas em nosso direito processual penal. Todavia, para as mortes naturais, não há nenhuma regulamentação que possa dar ao médico um amparo, ou uma ordenação no que diz respeito a essa prática. Comumente, os hospitais exigem dos familiares ou responsáveis um termo de permissão, para que, nos casos de morte dos pacientes, possam realizar a necropsia clínica.

Assim, somente com a permissão dos representantes legais, pode o médico realizar uma necropsia num paciente que faleceu de morte natural.

Esse termo de responsabilidade deve ser ratificado pelos familiares após a morte do paciente. Caso estes não permitam, jamais se deve proceder à necropsia. Tal documento, exigido pelos hospitais aos parentes do enfermo, como condição de internamento, não deixa de ser, até que se prove o contrário, uma forma disfarçável de coação.

Nos casos em que o médico venha a proceder a tal exame sem permissão, mesmo assim não encontramos fundamentos legais para imputar-lhe crime contra o respeito aos mortos, pois não há violação de sepultura, destruição, subtração ou ocultação de cadáver, muito menos vilipêndio ao morto.

Quanto à responsabilidade civil do médico, pode ela ser arguida em determinadas situações, desde que a necropsia tenha sido feita sem o consentimento dos familiares, causando, entre outras coisas, a mutilação do cadáver, partindo-se do princípio de que este constitui uma coisa.

Em dezembro de 1946, o Tribunal Correccional de Dromfront, na França, recebeu a denúncia de que um indivíduo sem família havia sido necropsiado em determinado hospital pelo cirurgião-chefe, que fez no cadáver uma incisão abdominal para conhecer a causa da morte, aproveitando essa incisão para praticar uma gastrectomia. Um funcionário do hospital, por espírito de vingança, levou esse fato ao conhecimento do Conselho de Magistrados, sendo o cirurgião condenado e enquadrado no art. 360 do Código Penal francês, texto, aliás, inexpressivo, pois que visa apenas à punição por violação de sepultura, sem apresentar uma precisa definição (J. Malherbe, *Médecine et Droit Moderne*, Paris: Masson & Cie. Editeurs, 1969).

Cada dia que passa, maiores são os imperativos da ciência, e grandes são suas exigências, no tocante a um aprimoramento técnico e experimental, para que possa ela ser colocada a serviço do homem, em seu momento mais grave. Evidencia-se, pois, a necessidade, entre outras, do “*direito de necropsiar*”.

Há situações em que o médico tem dúvidas quanto ao diagnóstico de morte, e, para que ele fique completamente consciente dessa situação, necessita da necropsia clínica.

Atualmente, sente-se que o direito jurisprudencial tende a autorizar às instituições hospitalares a necropsia, mesmo na falta do consentimento da família, tendo em vista o interesse indiscutível da ciência em contribuir para o bem-estar coletivo. O ideal, porém, será uma maneira de ajustar o interesse do morto, dos familiares e da sociedade às novas normas estabelecidas e aos costumes consagrados.

É claro que essa prática deve ser realizada dentro de um equilíbrio que não sacrifique os princípios fundamentais da dignidade humana, nem as necessidades da ciência médica. Compreende-se perfeitamente que a tendência é aceitar-se a necropsia como uma rotina, principalmente nos casos de morte sem diagnóstico confirmado, ou nos óbitos verificados nos hospitais universitários, onde o internado não é apenas um doente, mas também a motivação do ensino prático aos futuros profissionais da Medicina, que, só assim, através da observação e da experiência, terão no futuro novas chances de curar outros pacientes.

Finalmente, mesmo sendo o corpo humano, em princípio, inviolável e inalienável, não pode esse conceito ser absoluto, visto que uma necessidade maior exige certas aberturas, pois nenhuma vantagem adviria de uma total restrição. E, por outro lado, o altruísmo que permite a necropsia num ente querido representa, realmente, um valor inestimável para toda a coletividade. E, em suma, não é na terra que se repousa, mas no coração do outro homem.

## 20.6. NECROPSIA MÉDICO-LEGAL

A necropsia médico-legal é um conjunto de operações que busca fundamentalmente elucidar a *causa mortis*, mas ainda se presta a esclarecer determinadas situações, como a causa jurídica da morte, a aproximação do tempo de morte, a identificação do morto e outras informações que o referido exame possa oferecer.

É a maior de todas as perícias médico-legais.

Uma putrefação avançada, um acidente de trânsito assistido por várias pessoas, um suicida que se precipita à vista da multidão, um homicídio presenciado por muitos não são motivos bastantes para assegurar ao perito a ciência e a razão que o façam deixar de proceder a uma necropsia em toda a sua plenitude. É obrigatória e justificada, portanto, em todos os casos de morte violenta ou suspeita.

A legislação processual penal autoriza apenas à pessoa do perito médico-legal a dispensa desse exame, deixando, assim, ao seu inteiro critério e à sua consciência técnica especializada o direito de decidir, sob sua única e inteira responsabilidade, o óbito, a causa jurídica da morte e mais a descrição minuciosa de todas as lesões externas e internas do cadáver, a fim de não somente certificar, mas também arrazoar. Cabe exclusivamente ao perito o ônus da necropsia perante a lei.

Poderá o perito dispensar a necropsia quando a causa da morte estiver devidamente evidenciada, o que será justificado em seu relatório.

Para a Medicina Legal, são considerados casos de mortes evidenciados aqueles cujas lesões, por sua multiplicidade, natureza ou extrema gravidade dão mostra de que alguém, naquele estado, impossivelmente, poderia estar vivo. Por exemplo, uma decapitação, um despostejamento de um corpo de vítima de acidente ferroviário, uma carbonização total, um esmagamento craniofacial com esvaziamento do conteúdo encefálico dão ao perito a certeza da morte; mas para nós tais fatos ainda não proporcionam a plena convicção da *causa mortis*, nem da causa jurídica, pois todas aquelas lesões poderiam ter sido provocadas por simulação *post mortem*.

Uma necropsia é sempre uma tarefa de equipe e um trabalho de paciência. Não vai um exagero afirmar-se que qualquer cadáver numa sala de necropsia de um Serviço Médico-Legal, não raro, tem alguma coisa a esclarecer.

Às vezes, até mesmo o estado mental do agressor é concebível pela visualização da violência, quanto à diversidade incontida dos ferimentos.

Uma perícia que se louva em informações de testemunhas é uma perícia temerária, ou mais que isso: é uma perícia desonesta. Uma perícia que se preocupa apenas em esmiuçar detalhes no corpo dos humildes e libera graciosamente o dos afortunados ou socialmente privilegiados é uma perícia preconceituosa e imoral. Uma perícia superficial, forjada na pressa e no comodismo, não apenas compromete o prestígio e a honorabilidade do profissional que a realiza, mas pode ir mais além: confundir o raciocínio do julgador e ferir o interesse da comunidade.

Uma Polícia Judiciária que fica à mercê de laudos superficiais e incompletos torna-se um mecanismo fraco e impotente, sujeito a toda sorte de enganos e injustiças.

Sabemos que constantemente vêm os Institutos de Medicina Legal sofrendo pressões, e, por incrível que pareça, de pessoas que deveriam salientar a importância pericial e manter a respeitabilidade dessas instituições. Essas pessoas mandam que os corpos sejam liberados sem os indispensáveis exames, quase sempre para satisfazer interesses político-demagógicos, nem sempre recomendáveis a quem dirige a coisa pública.

Outro fato que traz certos transtornos à administração dos Institutos Médico-Legais é o da interferência da autoridade no sentido de que as necropsias, até nos casos de crimes de autoria incerta ou cercados de mistério, sejam realizadas à noite, na deficiência dos meios de que se dispõe, trabalhando no

recôndito das cavidades, onde as lesões significativas podem ser empanadas pelas sombras que a luz artificial não consegue evitar, apenas para atender ao imediatismo de pessoas que não alcançam a repercussão que alguns casos chegam a tomar. E vez por outra surgem os pedidos de exumação: a mais terrível, a mais ingrata e a mais repugnante de todas as perícias, somente porque a ignorância de uns e o servilismo de outros levaram a tanto.

As necropsias deverão ser executadas em instalações adequadas, sem injunções de quem quer que seja e, na medida do possível, à luz do dia, posto que a luz artificial pode desvirtuar a boa observação do perito.

Não podemos omitir o fato de as autoridades sofrerem pressões dos familiares que procuram retirar dos IMLs o cadáver de um ente querido com a máxima rapidez. No entanto, deve a autoridade estar alerta para o relevante valor social e técnico das necropsias médico-legais e para as consequências posteriores pelas quais o perito sempre paga, uma vez que ele irá responder a todas as indagações que se possam imaginar, sobretudo quando certos acontecimentos descambam para a especulação e para o sensacionalismo.

Não nos preocupam a obscuridade e o anonimato em que realizamos nosso trabalho. Não nos aborrecem as condições precárias e sub-humanas onde alguns de nós levamos a cabo nossas perícias. Não mais nos abala o ambiente constrangedor e angustiante dos anfiteatros e necrotérios – palco de nossa atividade pericial. O que nos preocupa, aborrece e constrange é a incompreensão de alguns que, embora sendo conscientes, voltam-se para os interesses inconfessáveis.

## **20.7. UTILIZAÇÃO DE CADÁVERES NO ENSINO E NA PESQUISA MÉDICA**

Não existia, entre nós, até pouco tempo, nenhuma legislação que disciplinasse o uso de cadáveres ou de partes destes para fins didáticos e de pesquisa médica ou científica. Existiam apenas vagas referências, em regulamentos paralelos. Do que se dispunha, na realidade, era de uma tradição oral que permaneceu como se fora a lei. Assim, na prática corrente, quando o cadáver de um desconhecido e não reclamado surgia, entregava-se-o às escolas da área de saúde para o estudo e o ensino da anatomia humana.

A recente Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, dispendo sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do cadáver, disciplina essa utilização para fins terapêuticos, mas não legisla em torno da disponibilidade desse corpo para interesses pedagógicos e de especulação no campo da investigação científica.

A justificativa da cessão desses corpos às escolas da área de saúde é a de não se compreender a instrução de profissionais daquela área sem o necessário estudo da anatomia humana. Por outro lado, não se pode esquecer que simultaneamente a esse interesse deve existir sempre a consciência do respeito à dignidade humana.

Assim, o deputado Américo Brasil já havia apresentado à Câmara de Deputados um anteprojeto de lei dispendo do cadáver para esses objetivos. Previa-se o uso por autorização através de instrumento público ou particular, manifestado em vida pelo próprio disponente, ou daqueles falecidos cujos corpos não fossem identificados e reclamados. Recomendava-se não usar os cadáveres nos casos de crimes ou de suspeita de crime, ou em que houvesse manifestação expressa do poder judicial. Os diretores das escolas da área de saúde estariam obrigados a fornecer, sempre em determinados prazos, a relação dos cadáveres sob sua guarda às Secretarias de Segurança Pública e de Saúde dos respectivos estados. Os Institutos Médico-Legais procederiam à documentação fotográfica, antropológica e dactiloscópica,

afixando em suas dependências as características físicas desse corpo, para possível identificação. Esse anteprojeto de lei teve a contribuição do Dr. Sávio Pereira Lima, ex-diretor do Instituto Médico-Legal do Distrito Federal, e do professor Hermes Rodrigues de Alcântara, da Universidade Nacional de Brasília e da Universidade do Distrito Federal.

O Ministério da Educação e Cultura, através da Portaria n.º 86, de 17 de janeiro de 1980, criou uma Comissão Especial, no sentido de estabelecer normas disciplinares sobre o “Uso de Cadáveres para Estudo da Anatomia Humana nas Escolas da Área da Saúde”. As conclusões motivaram a publicação de um número na *Série de Cadernos de Ciências de Saúde*, editada pela Secretaria de Ensino Superior do MEC.

A Comissão, após demorado e enfadonho relatório, onde exuma toda a história do uso do cadáver, desde a *De Res Sacra*, dos antigos romanos, até a participação da Previdência Social com o pagamento do auxílio-funeral, apresentou um projeto de lei que dispõe sobre a cessão do cadáver para fins didáticos e científicos.

Vários dispositivos do citado anteprojeto mostravam situações inadmissíveis, para não dizer absurdas. Por exemplo: o art. 1.º “legalizava” a dissecação cadavérica, dando a entender que até agora essa prática vinha sendo realizada fora da lei.

Mais adiante, outro artigo dizia que, se o reclamante do corpo não for parente próximo, o pedido só seria concedido depois da utilização do cadáver. Tudo isso baseado, segundo consta do “relatório final” da Comissão, no fato de o Manicômio de Barbacena, em Minas Gerais, ter passado a entregar os cadáveres às instituições humanitárias para inumação. Um outro dispositivo permite o sorteio entre as demais instituições existentes numa mesma área, a fim de “evitar disputas entre elas”.

Há um outro artigo que estipulava sanções aos responsáveis por instituições que deixassem de encaminhar os cadáveres, pelos danos causados pela omissão, além do ressarcimento dos prejuízos e de penas administrativas e penais cabíveis, até mesmo aos diretores de Institutos Médico-Legais. Há outro que nomeava os anatomistas para averiguação da *causa mortis*, inclusive para fins criminais, o que não deixa de ser descabido e dificultoso para um professor de Anatomia, dada a sua formação totalmente diversa das investigações clínicas e forenses.

Existia outro dispositivo que dava ao diretor da Escola o direito a uma série de práticas, para “não sofrer proibições arbitrarias”. E finalmente aquele que criava a gratificação de um auxílio-funeral no seu valor máximo ao familiar que concordar com a cessão do cadáver, inclusive dispensando-o da comprovação das despesas do enterro, as quais seriam supridas pelo simples recibo de entrega do cadáver, o que não deixa de ser um “estímulo” à família, mesmo que isso conflite com o que estipula um outro artigo: “Fica vedada a percepção de quaisquer vantagens financeiras na entrega e utilização de cadáveres”.

Agora, mais recentemente, o Poder Executivo decretou e sancionou a Lei n.º 8.501, de 30 de novembro de 1992, que “dispõe sobre a utilização do cadáver não reclamado, para fins de estudos e pesquisas científicas”. Disciplina, desse modo, que o cadáver não procurado no prazo de trinta dias poderá ser destinado às escolas da área de saúde, para aqueles fins.

Considera ainda esse dispositivo que nos casos de cadáveres sem qualquer documentação, ou mesmo quando identificados não haja informações relativas a endereços de parentes ou de representantes legais, a autoridade responsável pela instituição de ensino fará publicar nos principais jornais da cidade, a título de utilidade pública, a notícia do falecimento, pelo menos durante 10 dias.

Determina também que, nos casos de morte violenta, o corpo será obrigatoriamente submetido à necropsia médico-legal, proibindo o uso do cadáver quando houver indícios de ação criminosa e

exigindo do responsável pela instituição de ensino manter, para fins de reconhecimento, dados relativos às características gerais do falecido: sua identificação, fotografias, ficha dactiloscópica, resultado da necropsia (quando necessária) e outros dados e documentos julgados pertinentes. Só assim o corpo será liberado para o estudo e para a pesquisa, ficando, a qualquer tempo, os familiares ou representantes legais com acesso aos elementos referentes ao reconhecimento do morto.

Sempre nos manifestamos contrários a qualquer legislação sobre tal matéria. Acreditamos ser perigoso desafiar o sentimento humano e as instituições imemoriais. Mais importante que esse desafio à lei é sensibilizar a opinião pública mostrando a necessidade incontornável da utilização do cadáver no ensino e na pesquisa científica. Mas que se faça isso sem a mácula da coerção e da discriminação arbitrária. Assistimos, durante todos esses anos, a que, na prática, as situações se vão acomodando pelo uso e pelo nível de consciência da população, a qual entendeu não ser possível um médico, por exemplo, ser privado, na sua formação, dos indispensáveis estudos da anatomia humana.

## **20.8. QUEM DEVE FORNECER O ATESTADO DE ÓBITO?**

O atestado de óbito tem como finalidade não só confirmar a morte, mas, ainda, a definição da *causa mortis* e dos interesses de ordem legal e médico-sanitária. Daí a importância deste documento tantas vezes relegada por alguns profissionais.

Nos locais onde não existe médico, o óbito pode ser declarado por duas testemunhas idôneas que tiverem presenciado alguém morto.

Como o atestado de óbito é um documento que sempre enseja certas implicações de natureza jurídica, há algumas regras que não podem ser esquecidas: não assinar atestados em branco; verificar se todos os itens da identificação da declaração estão devidamente preenchidos; não assinar atestado de óbito em casos de morte violenta, a não ser quando legalmente autorizado; a declaração de óbito fetal é da competência exclusiva do médico; partes de cadáver, como cabeça, ossos ou membros encontrados aleatoriamente são da competência dos Institutos Médico-Legais; às partes amputadas por ocasião de atos cirúrgicos recomenda-se a inumação em cemitérios públicos acompanhadas de um relatório médico contendo especificações das partes e identificação do paciente, ou a incineração dentro das recomendações do Decreto Federal n.º 61.817, de 1.º de dezembro de 1967, e do Parecer-Consulta CFM n.º 04/1996; usar como causa básica sempre as especificadas na Classificação Internacional de Doenças, adotada pela 20.ª Assembleia da Associação Médica Mundial: evitar como causa básica certas expressões como parada cardíaca, insuficiência cardiorrespiratória ou hematêmese.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n.º 1.779/2005, estabelece os seguintes critérios: O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte e quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) *Morte natural*: I. Morte sem assistência médica: a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO; b) Nas localidades sem SVO: A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade. II. Morte com assistência médica: a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente. b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição. c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime

ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO; d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) *Morte fetal*: Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) *Mortes violentas ou não naturais*: A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais. Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito”.

É também de responsabilidade do médico o preenchimento completo dos dados de identidade do falecido, no que diz respeito ao nome completo, cor, idade, sexo e filiação, além do local, hora, data e causa da morte (Parecer-Consulta CFM n.º 16/1995).

E qual seria o prazo, após a última consulta, para fornecimento do atestado de óbito? O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, sobre o assunto, define em seu Parecer CRM/PR n.º 210/1991: “Não se pode relacionar em termo de prazo e, sim, que apenas pode atestar o óbito quem vinha assistindo o doente, e, como já foi explanado, exista relação fisiopatológica da doença diagnosticada por ocasião da consulta eventual, e a causa do óbito”.

No que diz respeito ao atestado de óbito no período perinatal, o CID-10 definiu este estágio a partir da 22.ª semana de gravidez, quando o feto alcança cerca de 500 g. Como a Lei dos Registros Públicos obriga o registro de natimortos, sem definir o que seja, a partir daquela data deve-se lavrar o competente atestado, por tratar-se de uma perda fetal. O ideal seria o registro de todas as perdas fetais.

## **20.9. O ATESTADO DE ÓBITO E A ÉTICA NOS DESASTRES DE MASSA**

Estando o cadáver ou parte dele identificado num desastre de massa, não há por que negar o devido atestado de óbito, com a *causa mortis* determinada e sua efetiva identidade, facilitando assim o sepultamento mais rápido e de forma individualizada. No entanto, as repartições médico-legais não podem nem devem fornecer atestados de pessoas não identificadas, simplesmente baseadas em meras informações ou conjecturas.

Isso, no entanto, não impede que qualquer pessoa interessada, por laços de negócios ou de parentesco, comprovando interesses legítimos, possa pedir a justificação de morte presumida, cuja competência exclusiva é dos juízes togados. A solicitação deve ser feita ao juiz da Comarca onde se verificou o sinistro – diante das dificuldades de obter o atestado de óbito, de justificação judicial de uma ou de várias pessoas desaparecidas ou de impossível reconhecimento, fundamentada nos seguintes documentos: 1. prova da ocorrência policial do acidente; 2. relação das pessoas desaparecidas e tidas como presentes no desastre; 3. declaração do Instituto Médico-Legal de que foram encontrados corpos ou partes de corpos não identificados.

Depois de homologada a justificação, caberá à autoridade policial ou aos familiares solicitarem do Cartório de Registro Civil a anotação desse documento e o assentamento da morte, ficando depois o Cartório na disposição de fornecer a Certidão de óbito para cada família, com a ressalva das circunstâncias que motivaram tal certidão. Isso está disciplinado no artigo 88 da Lei n.º 6.015, de 31 de

dezembro de 1973, que assim se expressa: “Poderão os juízes togados admitir justificação para o assento de óbito de pessoas desaparecidas em naufrágios, incêndio, terremoto ou outra qualquer catástrofe, quando estiver provada a sua presença no local do desastre e não for possível encontrar o cadáver para exame”.

Por outro lado, com a intervenção cada vez maior do homem sobre a natureza, muitos são os riscos criados para a saúde e para a vida dos indivíduos e da coletividade. E assim vão ocorrendo situações que exigem atitudes e responsabilidades por parte de cada um e do conjunto da sociedade, a partir do momento em que o poder sobre a natureza torna-se mais evidente.

Mesmo que o risco natural não seja da inventiva humana e não dependa daquela intervenção ou daquele confronto, ele pode ser previsto e minimizado, desde que os conhecimentos científicos e a organização da sociedade voltem-se mais para a perspectiva de administrar melhor os danos causados e evitar as implicações mais graves sobre a vida e a saúde do homem e sobre o seu meio ambiente.

O humanismo é a lógica mais simples e o fim da ética social é servir ao humanismo pleno. A pessoa tem um valor antológico e não pode ser considerada apenas como uma parte da sociedade, tendo-se em conta que esta se concebe a partir de cada um de nós.

Desse modo, todas as manifestações que orientam a intervenção humana na previsão, prevenção e tratamento do desastre de massa passam necessariamente pelo conceito do bem comum. Todo indivíduo tem direito à proteção de sua saúde, como valor conseqüente à sua própria existência. E, por isso, não é justo que se ponha essa vida em perigo, nem tampouco que sejam tratadas com descaso as pessoas indefesas ou vítimas de determinadas ocorrências. Só se admite colocar em perigo a integridade física de uma pessoa quando for necessário salvar seu bem superior, que é a sua própria vida. Este é o *princípio da totalidade*.

Mesmo sabendo-se que as disponibilidades do atendimento podem ser precárias e desordenadas nas primeiras horas após o desastre – seja pela amplitude do sinistro, seja pela falta de organização ou estruturação dos planos de emergências –, é fundamento ético inalienável que todos sejam atendidos sem discriminação, no mais breve espaço de tempo e na proporção dos meios disponíveis. Se, nas primeiras horas, apenas estão disponíveis alguns meios para os cuidados mais imediatos, deve-se dar prioridade àqueles que estão em perigo de vida. Não é lícito outro tipo de critério, como o da idade ou do sexo, mas, tão só, o das circunstâncias que levam à iminência da morte. Mesmo que alguns defendam a ideia de que devam ser atendidos primeiro aqueles que apresentam possibilidades de salvar-se (*princípio da prioridade terapêutica*) ou aqueles que primeiro são encontrados (*princípio da prioridade temporal*), muitos defendem que sejam atendidos em primeiro lugar os que apresentarem maior risco de vida ou maior grau de sofrimento (*princípio da prioridade do risco*).

Outra questão muito delicada é o que fazer com os corpos ou partes dos corpos não identificados, depois de esgotados todos os recursos disponíveis. Primeiro recomenda-se que os corpos relativamente preservados sejam submetidos a uma revisão completa, para que fique patente nada ter sido esquecido, considerando-se todos os elementos importantes, inclusive fotografia, radiografias e fichas dactiloscópicas e odontológicas. Há casos em que está indicada a retirada dos maxilares superiores e inferior para uma possível comprovação posterior. A inumação deve ser feita em local conhecido e em sacos plásticos numerados, para facilitar uma exumação específica, diante do surgimento de informações adicionais, respeitadas as imposições da legislação sanitária.

Depois, as partes menores que ainda permanecerem não identificadas serão também documentadas e, se a quantidade de tecidos é pequena, se não existe conteúdo identificável ou se todas as vítimas estão identificadas, devem ser enterradas ou incineradas.

Além disso, não se deve esquecer o respeito que se impõe ao morto e os cuidados nos procedimentos que se exigem depois da morte, na dimensão que merece a dignidade humana. Mesmo se entendendo que a existência da pessoa natural termina com a morte, tem-se de admitir que não estão dispensados o respeito, a piedade e a reverência, pois tudo isso tem um significado muito transcendente. Nem mesmo o tumulto de uma catástrofe, ou o anonimato do cadáver, recomenda a ninguém um tratamento diferente.

Fica evidente que, com a existência cada vez mais efetiva de uma “medicina de risco”, em alguns momentos até considerada como “medicina de catástrofe”, já chegou a hora de se trabalhar no sentido de estruturar essas ações como numa verdadeira especialidade médica, com características e modos de atuação bem distintos de outras formas de atividades médico-profissionais. Por isso, necessita, também aqui, de certas posturas éticas que se exigem na prevenção, condução e atenção das vítimas nos desastres naturais.

Parte desse raciocínio é explicada pelo fato de serem os acidentes catastróficos e coletivos seguidos de grande comoção pública e cercados de muitas dificuldades na maneira de atender de imediato todos os reclamos das pessoas em geral e, em particular, dos familiares das vítimas.

Finalmente, é necessário que a própria sociedade esteja consciente e antecipadamente preparada para as eventualidades desses sinistros. Quanto melhor for esse entendimento, maiores serão as oportunidades de evitar os danos e prejuízos causados à vida e à saúde do homem e ao próprio meio ambiente. Tudo isso valorizado pelos princípios da solidariedade e da ética social – e com respeito aos direitos humanos (ver a Recomendação de Estocolmo, adotada pela 46.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da AMM).

## **20.10. PARTES ANATÔMICAS**

As partes ou peças anatômicas retiradas durante atos cirúrgicos, como, por exemplo, um membro amputado, mesmo quando devidamente inumado, não necessita de um Atestado ou Declaração de Óbito. Apenas recomenda-se que o hospital elabore um laudo mais ou menos circunstanciado para ser entregue na administração do cemitério. O ideal nesse particular seria a incineração, conforme Parecer CFM n.º 04/1996, que diz ser do município a competência de legislar sobre a incineração de cadáver ou de tecidos humanos (órgãos, membros e tecidos humanos), a exemplo da Lei Municipal n.º 3.120, de 21 de dezembro de 1967, da cidade de Porto Alegre.

Por outro lado, quando se tratar de partes de cadáver que permitam uma identidade e desde que façam parte de uma conexão com o conjunto do corpo, o atestado de óbito deve ser fornecido e o laudo pericial redigido pelo médico indicado pela autoridade competente. No entanto, é muito importante que essa parte do cadáver seja identificada como parte que restou do conjunto de um indivíduo falecido, diferente, pois, da parte amputada, cirurgicamente relacionada apenas como um segmento de uma pessoa que continua viva.

## **20.11. O MÉDICO E A MORTE**

Os médicos temem mais a morte que os pacientes. Muitos até escolhem essa profissão por suas dificuldades em torno dela.

O conteúdo programático das mais diversas disciplinas do Curso Médico, tradicionalmente oferecido nas escolas, traz raras informações sobre o estudo da morte, e daí o impacto emocional ante o primeiro caso clínico fatal no qual o médico se vê direta ou indiretamente envolvido.

Mesmo sendo seu primeiro contato com o morto, nos anfiteatros, o corpo humano inanimado constitui

simplesmente uma máquina cujas peças ele deve conhecer para obter aprovação em seus exames de Anatomia. Sua intimidade com o cadáver volta-se para o mundo das estruturas, às vezes esquecendo que aquele corpo teve vida, foi homem, viveu, amou e sofreu, morrendo triste e abandonado, sem um pranto de ternura ou de desespero, sem a luz tremulante de uma vela que o iluminasse em sua última viagem. Sabe apenas que a história daquele homem desconhecido se confunde com a de todos os miseráveis: uma história coletiva. Tem apenas um nome – *cadáver desconhecido*, assim chamado porque a Vida o envolveu no véu do anonimato.

A sensibilidade da vida é contrária à sensibilidade da morte. Todo morto é humilde, e mais humilde é o cadáver desconhecido: sem história, sem nome e sem dono. Essa despersonalização se prolonga até as necropsias de Patologia, onde se começa a associar ao recém-falecido alguns dados de interesse clínico.

Nas disciplinas de Clínica Médica, o contato com o ser vivo é mais estreito, através da história e de um diálogo diário com o paciente. Aí já se começa a conhecer um nome, seus problemas, suas angústias e seus sofrimentos. Medita-se o coração, vigia-se o sofrer e enxuga-se o pranto. Assim, começa o estudante a descobrir o segredo da esperança, pois só o pobre o conhece.

Nesta fase, participa da agonia que pode preceder a morte. Aquela experiência fria e impessoal dos primeiros anos passa a ser substituída por um relacionamento mais estreito e mais pessoal. Mas a lembrança do anfiteatro marca decisivamente no estudante uma atitude de insensibilidade e indiferença, principalmente diante dos pacientes considerados terminais ou em seus derradeiros instantes de vida. Isso nos leva a crer na necessidade de trazer, desde o início da carreira do futuro médico, um contato com os seres humanos vivos, e não apenas com a matéria inerte não identificada com o processo vital.

Sabe-se que o grande êxito médico consiste no diagnóstico brilhante e na terapêutica eficaz. Sua maior gratificação reside na reabilitação integral do paciente. Quando a situação do doente se agrava e a morte se mostra iminente, experimenta o médico uma sensação de fracasso ante si próprio e os circunstantes. Sua vontade é afastar-se cada vez mais do espetáculo da morte. Nenhum clínico assiste à morte do paciente. O maior desespero do cirurgião é a *mors in tabula* – a morte na mesa.

O médico, diante da morte, comporta-se diferentemente, de acordo com sua própria idade e experiência, e ainda consoante as diversas situações.

O médico jovem, quando enfrenta uma enfermidade fatal, o faz com grande agressividade, procurando combatê-la através de todos os recursos possíveis e impossíveis, numa tentativa heroica e desesperada de salvar uma vida.

O de meia-idade aceita racionalmente as implicações da morte, afastando-se de seu significado, e, quando diante de um caso perdido, torna sua presença cada vez mais rara e mais fortuita.

Finalmente, o médico de idade avançada, por um longo e penoso processo de conscientização, convence-se de que a morte é um fenômeno inevitável. Para uns, parece ser ele um insensível ante o desenlace que se mostra irreversível e imediato. Para outros, apenas a consciência de que uma alma repousará em paz – na Paz Universal.

## **20.12. CESÁREA POST MORTEM**

Nada mais espetacular e emocionante que resgatar um feto vivo do cadáver de uma mãe. A cesárea depois da morte, embora seja uma prática antiga, ainda encontra alguns resíduos de intolerância por parte de uma pequena fração da comunidade. Isso, devido à forma imediata de intervenção. No entanto, diante de uma situação indiscutível de morte e da possibilidade, mesmo remota, de retirar-se um feto vivo do

útero, não há como negar a validade de tal gesto. Para tanto, é necessário que o médico esteja certo da inexistência de vida da gestante, tenha usado de todos os recursos disponíveis para um diagnóstico real de morte e, se possível, que disponha do assentimento de um colega e da permissão da família, no sentido de evitar especulações maldosas no futuro.

Considera-se que a obrigação do médico de praticar a cesárea nessas circunstâncias se torna imperiosa pelo direito indiscutível de viver do novo ser, mesmo que não exista nenhuma tipificação penal expressa em nossa legislação sobre o assunto. Noutras legislações, caracteriza-se a não intervenção como omissão de socorro. Por outro lado, existindo a possibilidade de sobrevivência do feto, o médico omissor poderá responder por dano civil, conforme está estatuído no art. 951 do Código Civil brasileiro: “O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho”.

Não obstante, para alguns, é preciso que se evite a intervenção em gestantes agonizantes, pois esse procedimento, além de conflitar com os princípios mais elementares da tradição médica, resultaria inevitavelmente numa forma de infração contra a vida, de vez que, para a lei, o fim da pessoa só ocorre depois do último alento. O fato de dizer que se está intervindo para salvar a vida do nascituro, uma vez que é impossível salvar a vida da gestante, não justificaria tal atitude. Só seria lícita a intervenção depois de confirmada a morte da mãe. Assim, a cesárea *in extremis* nem estaria no arbítrio do médico nem mesmo no consentimento dos familiares.

Para outros, não seria ilícito intervir numa moribunda com indicação permanente e indiscutível de cesariana, mesmo se sabendo que essa intervenção levaria mais cedo à morte. A cesárea estaria configurada como uma propedêutica de alto risco, principalmente se existir o manifesto desejo da gestante, quando as condições do concepto se tornarem críticas e quando a família endossa a intervenção. Fernando Magalhães dizia: “Quando a permanência de uma vida acarreta fatalmente o desaparecimento de ambas, sacrifica-se a que não pode ser poupada”.

## 20.13. GRAVIDEZ, MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

O cenário da morte quando envolve uma paciente grávida sempre merece considerações em virtude dos conflitos existentes, levando em conta os princípios da preservação de uma vida incipiente e dos cuidados que exigem o fim da existência humana.

Neste complexo quadro há quatro situações que podem ensejar alguns dilemas éticos: a das *pacientes em estado vegetativo continuado ou persistente*, em *estado vegetativo permanente*, das *pacientes terminais* e das *pacientes em morte encefálica*.

A manutenção da gestação de uma grávida *paciente terminal* (quando sua doença não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições portanto de cura ou de prolongamento da sobrevivência) ou mesmo enquanto paciente em *estado vegetativo continuado ou persistente* (quando apresenta lesões recentes do sistema nervoso central, com ou sem diagnóstico definido, mas que deve ter seus cuidados conduzidos nos moldes dos pacientes salváveis, merecendo assim todo suporte vital necessário e disponível) ou na qualidade de paciente em *estado vegetativo permanente* (quando não tem nenhuma evidência de consciência, não se expressa e não entende os fatos em torno de si, não responde a estímulos visuais, auditivos, táteis e doloroso, mas que tem preservadas as funções do hipotálamo e do tronco cerebral e por isso sobrevive com respiração autônoma, por muitos meses ou anos) não é a mesma coisa de uma gestação que ocorre em um mulher com o diagnóstico de

morte encefálica (quando diante de um processo irreversível, clinicamente justificado por coma aperceptivo, ausência da atividade motora supraespinhal e apneia, e complementarmente por exames que comprovem a ausência da atividade elétrica cerebral, ou ausência das atividades metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral).

Quando esta gravidez incide sobre uma paciente *terminal* ou em *estado vegetativo permanente*, mesmo que a doença não possa ser debelada ou curada, é imperioso que se mantenha a assistência e os cuidados para uma sobrevivência confortável e sem sofrimento físico ou psíquico, ainda que paliativos. Ao lado disso não há como negar, estando ela grávida, tenha toda assistência de um pré-natal que, mesmo tão complexo e difícil, deve ser conduzido da melhor forma possível.

Com mais razão se esta gravidez incide sobre uma paciente em *estado vegetativo continuado ou persistente* (com lesões recentes do sistema nervoso central), pois como tal ela está no rol dos pacientes salváveis, devendo merecer todo suporte vital necessário e disponível, além dos cuidados que se deve ter com uma gestante e com o filho que vai nascer, protegendo-o dos eventuais danos que possam ocorrer com os meios e medicamentos usados. Até porque não se pode descartar a recuperação da gestante.

Por outro lado, mais complexa fica a situação em que a grávida se encontra em morte encefálica.

Se não fora a gravidez, a suspensão dos meios artificiais de um paciente com diagnóstico baseado nos critérios rigorosos do protocolo de *morte encefálica* não traria nenhum problema nem se poderia falar em *eutanásia*, pois este indivíduo já estaria morto pelo conceito atual que se tem de óbito. A morte teria ocorrido “no seu tempo”, sem antecipação ou prolongamento desmedidos.

Desta forma, permitir que alguém continue vivendo uma vida apenas biológica, mantida por aparelhos, sem levar em consideração o sofrimento do paciente e a inutilidade do tratamento é agir contra a dignidade humana. Se alguém defende tal permanência, apenas por considerar a “santidade da vida”, certamente tem nessa obstinação uma forma indisfarçável de atentado à dignidade dessa pessoa. Todavia, é diferente se neste contexto existe uma gravidez cujo feto se desenvolve normalmente. Daí a pergunta: o que fazer?

Para aqueles que são contrários à manutenção deste estado de *morte encefálica*, embora seja possível sob o ponto de vista médico, há aspectos econômicos, bioéticos e emocionais que invalidam o uso desproporcionado de tal conduta e a inadequação de sua aplicação. Os defensores do princípio bioético da *justiça* ou da *equidade* indicam o alto custo operacional desta conduta de preservar a paciente e o feto pelo alto custo do tratamento num centro de terapia intensiva. E mais: pelo fato de se privar este leito na recuperação de pacientes salváveis.

Outros se baseiam na própria lei penal brasileira que não se refere a casos de interrupção de gravidez em mulheres em *morte encefálica*, não punindo apenas nas situações em que aborto é feito em casos de estupro ou de perigo real da mãe.

E finalmente aqueles que não aceitam a continuidade deste estado de *morte encefálica* em face do desgaste emocional da família e do respeito que se deve à vida humana na dimensão que exige a dignidade de cada homem e de cada mulher.

Se perguntassem minha opinião, mesmo diante da possibilidade da utilização de órgãos para transplantes em diversas pessoas, enxergaria a situação por outro ângulo.

A vida humana, independente da sua qualidade, tem finalidades e objetivos que ultrapassam seu aspecto meramente imediatista. Esta qualidade de vida não significa tão somente a habilidade de alguém realizar certos atos e habilidades. Há compromissos sociais e humanitários que transcendem a estas aptidões. Se não seu conceito seria pobre e mesquinho.

A qualidade e a sacralidade da vida são valores que podem estar aliados. É inaceitável essa

desvinculação absoluta que se faz entre sacralidade e qualidade da vida. Estes princípios não se excluem. A qualidade da vida deve ter uma compreensão mais delicada, como se fora uma extensão do próprio respeito a sua sacralidade.

A vida humana tem algo muito forte de ideológico e, portanto, não pode ter seus limites em simples fases de estruturas celulares. Se o embrião humano é ou não pessoa de direito, parece-nos mais uma discussão de ordem jurídico-civil, que não adota os fundamentos da biologia, embora seja difícil entender como podem existir, entre indivíduos da mesma espécie, uns como seres humanos pessoas e outros como seres humanos não pessoas.

Os pacientes que aguardam órgãos para transplante com certeza terão outras oportunidades. Mas o feto tem apenas esta oportunidade para realizar seu destino de criatura. Assim, estaremos ajudando a salvar o mundo. Apesar de todos os seus horrores, este é o mundo dos homens. Esta é também a forma de ele reencontrar o caminho de volta a si mesmo, em espírito e em liberdade.

Se nada restar, ficará o exemplo que não morre e é maior em cada novo gesto.

## **20.14. A PARTICIPAÇÃO MÉDICA NA PENA DE MORTE**

A consciência atual, despertada pela insensibilidade e pela indiferença do mundo tecnicista, começa a se reencontrar com a mais indeclinável de suas normas: o respeito pela vida humana. Até mesmo nos momentos mais graves, quando tudo parece perdido, dadas as condições mais excepcionais e precárias – como nos conflitos internacionais, na hora em que o direito da força se instala negando o próprio Direito, e quando tudo é anormal e inconcebível, ainda assim, o bem da vida é de tal grandeza que a intuição humana tenta protegê-la contra a insânia coletiva, criando-se regras que impeçam a prática das crueldades inúteis.

Quando a paz passa a ser apenas um momento entre dois tumultos, o homem – o Cristo da sociedade de hoje – tenta encontrar nos céus do amanhã uma aurora de redenção. A ciência, de forma desesperada, convoca os cientistas do mundo inteiro a se debruçarem sobre as mesas de seus laboratórios, na procura dos meios salvadores da vida e da saúde do homem. Na mesa das conversações internacionais, mesmo entre intrigas e astúcias, os líderes de todos os países procuram a fórmula mágica da paz, evitando assim o cataclismo universal.

Um pensamento dessa ordem, portanto, é inconciliável com o instituto da pena de morte. Ninguém pode admiti-la, na hora presente, como recurso do estado na proteção social. Basta ver a incidência galopante da criminalidade nos climas onde se adotou aquela medida. Os países escandinavos, que aboliram há muito tempo a pena capital, têm uma incidência criminal de a metade da Inglaterra e de um terço dos Estados Unidos.

A Justiça, em que pese todo o seu esforço, tem dificuldade para decidir sobre uma ação de despejo, quanto mais para uma decisão irrevogável e irreparável. A pena de morte – a mais primitiva das punições – é uma terapêutica desesperada, extrema, odiosa, uma ideia defendida por mentes apressadas e ansiosas, uma forma aparentemente simplista de resolver um problema de tamanha gravidade. O alvo da pena é ressocializar, tratar corrigindo e disciplinar elevando. A pena de morte compromete a ordem social, tem um caráter eminentemente antiestético e subverte toda filosofia penal. Até o poder de intimidação é ilusório.

Mesmo assim, recentemente, os jornais do mundo inteiro noticiaram a condenação à morte de um homicida nos EUA, através do novo método de execução: injeção intravenosa de tiopental de sódio. Além do aspecto discutível da pena de morte, agora surgia no palco dessa tragédia um novo personagem:

o médico. E desse modo, da maneira mais insólita e descabida, sem acanhamento ou disfarce, pratica-se o homicídio médico deliberado e a sangue-frio, e, cinicamente, defende-se tal direito. Como se já não bastassem as deploráveis participações médicas nos campos de concentração nazistas, de 1938 a 1945, quando cientistas de mentes frias, e em nome da “ciência”, utilizaram indefesos prisioneiros como cobaias nas mais torpes e indecentes experiências.

E não se diga que a participação do médico na pena capital, por injeção venosa de veneno, encerra aspectos discutíveis, simplesmente pelo fato de atuar na escolha e preparação da substância, ou só em observar a introdução lenta de uma droga, cuja aplicação é feita por não médicos. Aceitar-se, diante de tais razões, a não responsabilidade médica não é só um sofisma. É também uma forma cínica de empanar um gesto antiético. E se o médico pertence a uma dessas estruturas judiciárias, como proceder? Deve a Medicina inclinar-se ante o Direito? A incompatibilidade das concepções práticas e concretas da Medicina e do Direito resulta cada vez mais evidente, com o desenrolar dos acontecimentos e das necessidades. Há momentos em que se tem de aceitar a prevalência da arte hipocrática, embora se admita que o legislador nem sempre possa abrir mão das prerrogativas que consagram e protegem a ordem pública. Aqui impõe-se de forma imperativa a consciência médica: o facultativo não pode nem deve participar ativamente numa sessão de pena de morte, não só pela razão do seu próprio ofício, mas também pelo seu mais eloquente e histórico compromisso. Ainda mais: a participação direta ou indireta do médico em práticas dessa natureza é a simples subversão da ordem e do pensamento médico, e não se pode, de forma alguma, excluir desse profissional a responsabilidade moral e a infração aos mais elementares princípios da deontologia.

Assim, mesmo não existindo a pena de morte em nosso país, o Código de Ética Médica, prevenindo-se, frontalmente colocou-se contrário. Embora os médicos individualmente possam ter posições doutrinárias divergentes quanto à pena capital, não podem eles participar das execuções (ver a Resolução de Lisboa, adotada pela 34.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da AMM).

## 20.15. CUIDADOS PALIATIVOS

Hoje, na medida em que aumentam as possibilidades de salvar e prolongar a vida, criam-se, inevitavelmente, numerosos e complexos dilemas éticos, os quais permitem maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Assim, a crescente eficácia e a segurança das novas propostas terapêuticas não deixam de motivar questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego desproporcionado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. O cenário da morte e a situação do paciente que vai morrer são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da *preservação da vida* e do *alívio do sofrimento*.

A medicina, mesmo a mais capacitada tecnologicamente, não tem apenas o compromisso de curar sempre, mas o de minorar o sofrimento, aliviar o desconforto e oferecer condições dignas de uma sobrevivência respeitosa. Por isso, não se pode privar o paciente terminal ou em estado vegetativo permanente naquilo que pelo menos é primordial na sua assistência.

Por outro lado, não é justo que se use o que se chama de “obstinação terapêutica” ou “terapêutica fútil”, que não é outra coisa senão um comportamento médico desmedido que abusa de meios ou recursos às vezes inconfessáveis, cujos resultados são nocivos e inúteis em face da impossibilidade de cura e de sobrevivência. Não se deve confundir “futilidade terapêutica” com cuidados paliativos, pois estes representam o apoio permanente e necessário para preservar uma qualidade de vida do paciente no fim

da vida, dentro de um quadro inevitável de morte, desde que ela seja justa e no tempo certo.

É necessário entender também que as limitações das possibilidades de cura não devem interromper a relação médico-paciente. Apenas obriga a repensar um novo modelo, em que o médico “segue os passos do paciente”, e que a ética mais obstinada e o legalismo menos consequente não apontem caminhos desumanos ou cruéis. Aqui o médico deve acompanhar o “paciente doente” e não a “doença do paciente”.

Fato importante nesta discussão é conceituar de forma clara e convincente o que se considera de meio *ordinário* ou *extraordinário*. Às vezes se colocam de forma muito subjetiva e simplista tais condições. O risco é se adotar medidas ditas desproporcionais baseadas simplesmente em critérios econômicos e financeiros, pois isso pode ser por demais restritivo em certos momentos em que se venha decidir por questões ilícitas e amorais. Este é o maior risco: o de as empresas de planos e seguros de saúde, por exemplo, apontarem o que é “proporcional” ou “desproporcional”.

O certo é que nem sempre será fácil estabelecer com precisão um limite entre o que é ordinário e o que é extraordinário quando nos referimos aos meios de preservação da vida em situações como as dos pacientes insalváveis. Parece-nos muito mais importante nesta análise as impossibilidades morais do que as condições físicas ou econômicas. Neste contexto deve prevalecer o princípio de a proporcionalidade dos cuidados não ser tão simples, pois ele não termina na avaliação da qualidade da vida. Devem influenciar o raciocínio médico, as razões da família e o que admite o paciente sobre a insistência das medidas terapêuticas. O fundamento ético impositivo de uma necessária assistência a um paciente terminal é a predisposição de melhores condições para que este doente conviva com sua doença e, eventualmente, com sua morte. Um dos erros dos defensores mais intransigentes da ética da qualidade da vida, como já dissemos, é admitir que ao paciente se deem todos os cuidados ou não se dê nenhum, agindo, assim, de maneira tão caprichosa e simplista sobre questões quase sempre complexas e difíceis.

A regra de ouro é esta: para os pacientes terminais e os pacientes em estado vegetativo permanente, mesmo que a doença não possa ser debelada ou curada, é imperioso que se mantenha a assistência e os cuidados para uma sobrevivência confortável e sem sofrimento físico ou psíquico, ainda que paliativos.

Além desses cuidados paliativos estritamente “profissionais”, deve seguir no mesmo passo um modelo de resgate de uma convivência mais humana entre o doente e a equipe multiprofissional, no sentido de oferecer uma assistência digna do respeito que se deve à condição humana. Neste projeto não se pode esquecer da contribuição dos familiares.

O Conselho Federal de Medicina, por meio de sua Resolução n.º 1.805/2006, legislando *urbi et rrb*, mesmo assegurando que “o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar” e que lhe “é assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica”, irrompe o curso de sua Resolução, no artigo 1.º, dizendo que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Não acredito que os médicos seguiram tal orientação, atropelando e descumprindo princípios constitucionais. Se não, ainda bem.

## 20.16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNO, A. *Direito penal*. Rio de Janeiro: Forense, 1972.

CALABUIG, J. A. *G. Medicina legal y toxicologia forense*. Barcelona: Masson, 2004.

CARVALHO, H. V. *O novo Código Penal*. São Paulo: Edição do Autor, 1976.

- DIERKENS, R. *Le droit sur le corps et le cadavre de l'homme*. Paris: Masson & Cie. Éditeurs, 1966.
- FÁVERO, F. *Medicina legal*. 8. ed. São Paulo: Martins, 1972.
- FRAGOSO, H. C. Conceito jurídico-penal do cadáver. *Investigação*, v. V, n. 47, 1953.
- FRANÇA, G. V. Breves considerações sobre o conceito de morte. *JAMB*, São Paulo, ano XIV, n. 599, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. Direitos sobre o corpo à luz da ética e da lei. *O Médico Moderno*, São Paulo, v. 14, n. 1, abr. 1974.
- \_\_\_\_\_. Disponibilidade do cadáver – aspectos ético-jurídicos. *Revista Cultura Ciência e Saúde (UFPb)*, v. II, n. 4, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (X)*. João Pessoa: Editora Universitária, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Fundamentos de medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- \_\_\_\_\_. Legislação da morte. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, maio-jun. 1975.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.
- \_\_\_\_\_. Os direitos sobre o cadáver. *JAMB*, São Paulo, ano XIV, n. 614, 1972.
- \_\_\_\_\_. O médico e o doente incurável. *Revista Brasileira de Cirurgia*, v. 65, n.11/12, 1975.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. \_\_\_\_\_ . *Pareceres (II)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (III)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (IV)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GALVÃO, L. C. C. *Medicina legal*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
- GOMES, H. *Medicina legal*. 12. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1972.
- HUNGRIA, N. *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1962.
- JORGE, S. *A estética da morte*. São Paulo: Saraiva, 1964.
- MACHADO, A. A posse do cadáver. *Anais do I Congresso Brasileiro de Medicina Legal*, Rio de Janeiro, 1968.
- MARTIN, L. M. *A ética médica diante do paciente terminal*. Aparecida: Editora Santuário, 1993.
- PATARO, O. *Medicina legal e prática forense*. São Paulo: Saraiva, 1976.
- PENASCO, W. L. *Medicina legal face aos Códigos Penais de 1940 e 1969*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1976.
- ROJAS, N. *Medicina legal*. 10. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1941.
- SAVATIER, R. *Traité de droit médical*. Paris: Librairie Techniques, 1956.
- VASCONCELOS, G. *Lições de medicina legal*. Rio de Janeiro: Forense, 1970.
- VIANA, M. G. *Ética geral e profissional*. Porto: Livraria Figueirinhas, 1976.

# APÊNDICE

# CONSELHOS DE MEDICINA

LEI N.º 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

*Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei n.º 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia financeira.

Art. 2.º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores de ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Art. 3.º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Art. 4.º O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 28 (vinte e oito) conselheiros titulares, sendo: *(Redação dada pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

I – 1 (um) representante de cada Estado da Federação; *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

II – 1 (um) representante do Distrito Federal; e *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

III – 1 (um) representante e respectivo suplente indicado pela Associação Médica Brasileira. *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

§ 1.º Os Conselheiros e respectivos suplentes de que tratam os incisos I e II serão escolhidos por escrutínio secreto e maioria de votos, presentes no mínimo 20% (vinte por cento), dentre os médicos regularmente inscritos em cada Conselho Regional. *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

§ 2.º Para a candidatura à vaga de conselheiro federal, o médico não necessita ser conselheiro do Conselho Regional de Medicina em que está inscrito. *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

Art. 5.º São atribuições do Conselho Federal<sup>1</sup>

a) organizar o seu regimento interno;

b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;

c) eleger o presidente e o secretário-geral do Conselho;

d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;

e) promover quaisquer diligências ou verificações relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;

f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;

i) em grau de recurso ou provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

l) normatizar a concessão de diárias, *jetons* e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais. *(Incluído pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

Art. 6.º O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Art. 7.º Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal, será eleita a sua diretoria, composta do presidente, vice-presidente, secretário-geral, primeiro e segundo secretários, tesoureiro, na forma do regimento.

Art. 8.º Ao Presidente do Conselho Federal compete a direção do mesmo Conselho, cabendo-lhe velar pela conservação do decoro e da independência dos Conselhos de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Art. 9.º O Secretário-Geral terá a seu cargo a Secretaria permanente do Conselho Federal.

Art. 10. O Presidente e o Secretário-Geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos. *(Revogado pela Lei n.º 11.000, de 2004.)*

Art. 11. A renda do Conselho Federal será constituída de:

- a) 20% (vinte por cento) da totalidade do imposto sindical pago pelos médicos;
- b) 1/3 (um terço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- c) 1/3 (um terço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- d) doações e legados;
- e) subvenções oficiais;
- f) bens e valores adquiridos;
- g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Art. 12. Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado, na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, de 10 (dez), até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze), até 300 (trezentos) médicos inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido esse número.

Art. 13. Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica Brasileira, serão eleitos em escrutínio secreto, em assembleia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

§ 1.º As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

§ 2.º O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico, e exigido como requisito para eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Art. 14. A diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro.

Parágrafo único. Nos Conselhos Regionais onde o quadro abranger menos de 20 (vinte) médicos inscritos, poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro e segundo secretários ou alguns destes.

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-o à aprovação do Conselho Federal;
- f) expedir carteira profissional;
- g) zelar pela conservação da honra e da independência do Conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exercem;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhe sejam submetidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Art. 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- a) taxa de inscrição;
- b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;
- c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;
- d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea *d* do artigo 22;
- e) doações e legados;
- f) subvenções oficiais;
- g) bens e valores adquiridos.

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

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

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

§ 2.º Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra Região, assim

se entendendo o exercício da profissão por mais de 90 (noventa) dias na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para ele se transferir, sujeito em ambos os casos à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3.º Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§ 4.º No prontuário do médico, serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Art. 19. A carteira profissional de que trata o art. 18 valerá como documento de identidade e terá fé pública.

Art. 20. Todo aquele que, mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Art. 21. O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional em que estavam inscritos ao tempo do fato punível ou em que ocorreu, nos termos do art. 18, § 1.º.

Art. 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

§ 1.º Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

a) advertência confidencial em aviso reservado;

b) censura confidencial em aviso reservado;

c) censura pública em publicação oficial;

d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;

e) cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal.

§ 2.º Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de ofício ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro, ou pessoa estranha ao Conselho, interessada no caso.

§ 3.º À deliberação do Conselho precederá, sempre, audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou for revel.

§ 4.º Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspensivo, salvo os casos das alíneas *c*, *d* e *e*, em que o efeito será suspensivo.

§ 5.º Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que forem devidas.

§ 6.º As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Art. 23. Constituem a assembleia-geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos que se achem em pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A assembleia-geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Art. 24. À assembleia-geral compete:

I – ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria. Para esse fim se reunirá ao menos uma vez por ano, sendo nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição;

II – autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III – fixar ou alterar as taxas de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV – deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V – eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Art. 25. A assembleia-geral, em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Art. 26. O voto é pessoal e obrigatório em toda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

§ 1.º Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr\$ 200,00 (duzentos cruzeiros), dobrada na reincidência.

§ 2.º Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições por ocasião destas poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada e remetida pelo Correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§ 3.º Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades do parágrafo precedente, até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho, que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

§ 4.º As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação, com trinta (30) dias de antecedência.

§ 5.º As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos votantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores ou médicos inscritos, assinados pelo Conselho.

§ 6.º Em cada eleição, os votos serão recebidos durante seis (6) horas contínuas pelo menos.

Art. 27. A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Art. 28. O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados, Territórios e Distrito Federal, onde ainda não houverem sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação dentro de 180 (cento e oitenta) dias da assembleia-geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Art. 29. O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Art. 30. Enquanto não for elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Art. 31. O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado em conformidade com o art. 2.º do Decreto-lei n.º 3.347, de 12 de junho de 1941.

Art. 32. As diretorias provisórias, a que se refere o art. 28, organizarão a tabela de emolumentos devidos pelos inscritos, submetendo-se à aprovação do Conselho Federal.

Art. 33. O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do imposto sindical paga pelos médicos, a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Art. 34. O Governo Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Art. 35. O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto do decreto de regulamentação desta lei, apresentando-o ao Poder Executivo dentro de 120 (cento e vinte) dias a contar da data da sua publicação.

Art. 36. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-lei n.º 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 1957; 136.º da Independência e 69.º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK  
Parsifal Barroso  
Clóvis Salgado  
Maurício de Medeiros

## LEI N.º 11.000, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2004

*Altera dispositivos da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.*

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Os arts. 4.º e 5.º da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 4.º O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 28 (vinte e oito) conselheiros titulares, sendo:

I – 1 (um) representante de cada Estado da Federação;

II – 1 (um) representante do Distrito Federal;

e III – 1 (um) representante e respectivo suplente indicado pela Associação Médica Brasileira.

§ 1.º Os Conselheiros e respectivos suplentes de que tratam os incisos I e II serão escolhidos por escrutínio secreto e maioria de votos, presentes no mínimo 20% (vinte por cento), dentre os médicos regularmente inscritos em cada Conselho Regional.

§ 2.º Para a candidatura à vaga de conselheiro federal, o médico não necessita ser conselheiro do Conselho Regional de Medicina em que está inscrito.” (NR)

“Art. 5.º .....

j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e

l) normatizar a concessão de diárias, *jetons* e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.” (NR)

Art. 2.º Os Conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas são autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições anuais, devidas por pessoas físicas ou jurídicas, bem como as multas e os preços de serviços, relacionados com suas atribuições legais, que constituirão receitas próprias de cada Conselho.

§ 1.º Quando da fixação das contribuições anuais, os Conselhos deverão levar em consideração as profissões regulamentadas de níveis superior, técnico e auxiliar.

§ 2.º Considera-se título executivo extrajudicial a certidão relativa aos créditos mencionados no *caput* deste artigo e não pagos no prazo fixado para pagamento.

§ 3.º Os Conselhos de que trata o *caput* deste artigo ficam autorizados a normatizar a concessão de diárias, *jetons* e auxílios de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.

Art. 3.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4.º Fica revogado o art. 10 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.

Brasília, 15 de dezembro de 2004; 183.º da Independência e 116.º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Humberto Sérgio Costa Lima*

## DECRETO N.º 44.045, DE 19 DE JULHO DE 1958. *DOU*, de 25.07.1958

*Aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, inciso I, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Fica aprovado o Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina que, assinado pelo Ministro de Estado dos Negócios da Saúde, com este baixa.

Art. 2.º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 19 de julho de 1958; 137.º da Independência e 70.º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK  
Mário Pinotti

## REGULAMENTO A QUE SE REFERE A LEI N.º 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

### Capítulo I

### DA INSCRIÇÃO

Art. 1.º Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

Art. 2.º O pedido de inscrição do médico deverá ser dirigido ao Presidente do competente Conselho Regional de Medicina, com declaração de:

- a) nome por extenso;
- b) nacionalidade;
- c) estado civil;
- d) data e lugar do nascimento;
- e) filiação; e
- f) Faculdade de Medicina pela qual se formou, sendo obrigatório o reconhecimento da firma do requerente.

§ 1.º O requerimento de inscrição deverá ser acompanhado da seguinte documentação:

- a) original ou fotocópia autenticada do diploma de formatura, devidamente registrada no Ministério da Educação e Cultura;
- b) prova de quitação com o serviço militar (se for varão);
- c) prova de habilitação eleitoral;
- d) prova de quitação do imposto sindical;
- e) declaração dos cargos particulares ou das funções públicas de natureza médica que o requerente tenha exercido antes do presente Regulamento;
- f) prova de revalidação do diploma de formatura, de conformidade com a legislação em vigor, quando o requerente, brasileiro ou não, se tiver formado por Faculdade de Medicina estrangeira; e
- g) prova de registro no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

§ 2.º Quando o médico já tiver sido registrado pelas Repartições do Ministério da Saúde até 30 de setembro de 1957, sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina prescindirá da apresentação de diplomas, certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, contanto que conste prova de registro naquelas Repartições do Ministério da Saúde.

§ 3.º Além dos documentos especificados nos parágrafos anteriores, os Conselhos Regionais de Medicina poderão exigir dos requerentes ainda outros documentos que sejam julgados necessários para a complementação da inscrição.

Art. 3.º A efetivação real do registro do médico só existirá depois da sua inscrição nos assentamentos dos Conselhos Regionais de Medicina e também depois da expedição da Carteira Profissional estatuída nos artigos 18 e 19 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, cuja obtenção pelos interessados exige o pagamento prévio desse documento e o pagamento prévio da primeira anuidade, nos termos do art. 7.º, §§ 1.º e 2.º, do presente Regulamento.

Parágrafo único. Para todos os Conselhos Regionais de Medicina serão uniformes as normas de processar os pedidos de inscrição, os registros e as expedições da Carteira Profissional, valendo esta como prova de identidade e cabendo ao Conselho Federal de Medicina disciplinar, por “atos resolutorios”, a matéria constante deste artigo.

Art. 4.º O pedido de inscrição a que se refere o artigo anterior poderá ser feito por procurador quando o médico a inscrever-se não possa deslocar-se de seu local de trabalho. Nesses casos, ser-lhe-ão enviados registrados pelo Correio, por intermédio do Tabelião da Comarca, os documentos a serem por ele autenticados, a fim de que o requerente, em presença do Tabelião, os assine e neles aponha a impressão digital do polegar da mão direita, dentro do prazo máximo de três (3) dias, devolvendo-os com a firma reconhecida ao Presidente do Conselho Regional, que então autorizará a expedição da carteira e a inscrição.

Art. 5.º O pedido de inscrição do médico será denegado quando:

a) o Conselho Regional de Medicina ou, em caso de recurso, o Conselho Federal de Medicina não julgarem hábil ou considerarem insuficiente o diploma apresentado pelo requerente;

b) nas mesmas circunstâncias da alínea precedente, não se encontrarem em perfeita ordem os documentos complementares anexados pelo interessado;

c) não tiver sido satisfeito o pagamento relativo à taxa de inscrição correspondente.

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

§ 1.º Quando houver mudança de sede de trabalho, bem como no caso de abandono temporário ou definitivo da profissão, obedecer-se-á às disposições dos §§ 1.º, 2.º, 3.º e 4.º do art. 18 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagando nova anuidade ao Conselho da Região onde passar a exercer a profissão.

## Capítulo II

### DAS TAXAS, CARTEIRAS PROFISSIONAIS E ANUIDADES

Art. 7.º Os profissionais inscritos de acordo com o que preceitua a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, ficarão obrigados ao pagamento de anuidades a serem fixadas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 1.º O pagamento da anuidade será efetuado até o dia 31 do mês de março de cada ano, salvo no primeiro ano, quando será feito na ocasião da expedição da carteira profissional do interessado.

§ 2.º O pagamento de anuidades fora do prazo prescrito no parágrafo antecedente será efetuado com acréscimo de 20% (vinte por cento) da importância fixada.

Art. 8.º Os profissionais inscritos na forma da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, pagarão no ato do pedido de sua inscrição uma taxa de inscrição fixada pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 9.º Ao médico inscrito de acordo com o presente Regulamento será entregue, mediante pagamento de taxa específica de expedição de carteira profissional e fixada pela Assembleia-Geral, uma carteira profissional numerada e registrada no Conselho Regional, contendo:

a) nome por extenso;

b) filiação;

c) nacionalidade e naturalidade;

d) data do nascimento;

e) designação da Faculdade de Medicina diplomadora;

f) número da inscrição anotada nesse Conselho Regional;

g) data dessa mesma inscrição;

h) retrato do médico, de frente, de 3x4 cm, exibindo a data dessa fotografia;

i) assinatura do portador;

j) impressão digital do polegar da mão direita;

k) data em que foi diplomado;

l) assinaturas do Presidente e do Secretário do Conselho Regional;

m) mínimo de três (3) folhas para vistos e anotações sobre o exercício da medicina;

n) mínimo de três (3) folhas para anotações de elogios, impedimentos e proibições;

o) declaração da validade da carteira como documento de identidade e de sua fé pública (art. 19 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957);

p) denominação do Conselho Regional respectivo.

Parágrafo único. O modelo da Carteira Profissional a que se refere o art. 18 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, será uniforme para todo o País e fixado pelo Conselho Federal de Medicina.

### Capítulo III

#### DAS PENALIDADES DOS PROCESSOS ÉTICO-PROFISSIONAIS

Art. 10. Os processos relativos às infrações dos princípios da ética profissionais deverão resistir a forma de “autos judiciais”, sendo exarados em ordem cronológica os seus pareceres e despachos.

Art. 11. As queixas ou denúncias apresentadas aos Conselhos Regionais de Medicina, decalcadas em infração ético-profissional, só serão recebidas quando devidamente assinadas e documentadas.

Art. 12. Recebida a queixa ou denúncia, o Presidente a encaminhará a uma Comissão de Instrução, que ordenará as providências especiais para o caso, e depois de serem elas executadas determinará, então, a intimação do médico ou da pessoa jurídica denunciados para, no prazo de trinta dias a contar da data do recebimento dessa intimação, oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes.

§ 1.º A instrução a que se refere este artigo poderá ser feita mediante depoimento pessoal do queixoso ou denunciante, arrolamento de testemunhas, perícias e demais provas consideradas hábeis.

§ 2.º A ambas as partes é facultada a representação por advogados militantes.

Art. 13. As intimações poderão processar-se pessoalmente e serem certificadas nos autos, ou por carta registrada cuja cópia será a estes anexada, juntamente com o comprovante do registro. Se a parte intimada não for encontrada, ou se o documento de intimação for devolvido pelo Correio, será ela publicada por edital em *Diário Oficial do Estado*, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na região.

Art. 14. Somente na Secretaria do Conselho Regional de Medicina poderão as partes ou seus procuradores ter “vista” do processo, podendo, nesta oportunidade, tomar as notas que julgarem necessárias à defesa.

Parágrafo único. É expressamente vedada a retirada de processos pelas partes ou seus procuradores, sob qualquer pretexto, da Secretaria do Conselho Regional, sendo igualmente vedado lançar notas nos autos ou sublinhá-los de qualquer forma.

Art. 15. Esgotado o prazo de contestação, juntada ou não a defesa, a Secretaria do Conselho Regional remeterá o processo ao Relator, designado pelo Presidente para emitir parecer.

Art. 16. Os processos atinentes à ética profissional terão, além do relator, um revisor, também designado pelo Presidente, e os pareceres de ambos, sem transitarem em momento algum pela Secretaria, só serão dados a conhecer na sessão plenária do julgamento.

Parágrafo único. Quando estiver redigido, o parecer do relator deverá ser entregue, em sessão plenária e pessoalmente, ao Presidente e este, também pessoalmente, passará o processo às mãos do revisor, respeitados os prazos regimentais.

Art. 17. As penas disciplinares aplicáveis aos infratores da ética profissional são as seguintes:

- a) advertência confidencial, em aviso reservado;
- b) censura confidencial, em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional, até 30 (trinta) dias; e
- e) cassação do exercício profissional.

Art. 18. Da imposição de qualquer das penalidades previstas nas letras *a*, *b*, *c*, *d* e *e* do art. 22 da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, caberá sempre recurso de apelação para o Conselho Federal de Medicina, respeitados os prazos e efeitos preestabelecidos nos seus parágrafos.

Art. 19. O recurso de apelação poderá ser interposto:

- a) por qualquer das partes;
- b) *ex officio*.

Parágrafo único. O recurso de apelação será feito mediante petição e entregue na Secretaria do Conselho Regional dentro do prazo de trinta (30) dias, a contar da data da cientificação ao interessado da decisão do julgamento, na forma do art. 13 deste Regulamento.

Art. 20. Depois da competente “vista” ao recorrido, que será de dez (10) dias, a contar da ciência do despacho do Presidente, designará este novo Relator para redigir a informação a ser prestada ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 21. O recurso *ex officio* será obrigatório nas decisões de que resultar cassação da autorização para o exercício profissional.

Art. 22. Julgado o recurso em qualquer dos casos e publicado o acórdão na forma estatuída pelo Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina, serão os autos devolvidos à instância de origem do processo, para a execução do decidido.

Art. 23. As execuções das penalidades impostas pelos Conselhos Regionais e pelo Conselho Federal de Medicina processar-se-ão na forma estabelecida pelas respectivas decisões, sendo anotadas tais penalidades na carteira profissional do médico infrator, como estatuído no § 4.º do art. 18 da Lei n.º 3.268, de 30.09.1957.

Parágrafo único. No caso de cassação do exercício profissional, além dos editais e das comunicações endereçadas às autoridades interessadas no assunto, será apreendida a carteira profissional do médico infrator.

## Capítulo IV DAS ELEIÇÕES

Art. 24. Os Conselhos Regionais de Medicina serão instalados nas Capitais de todos os Estados e Territórios, bem como no Distrito Federal onde terão sede, e serão constituídos por:

- a) cinco membros quando a região possuir até cinquenta (50) médicos inscritos;
- b) dez (10) até cento e cinquenta (150) inscrições;
- c) quinze (15) até trezentas (300); e finalmente,
- d) vinte e um (21) membros, quando houver mais de trezentas.

Parágrafo único. Haverá para cada Conselho Regional tantos suplentes de nacionalidade brasileira quantos os membros efetivos que o compõem, como para o Conselho Federal, e que deverão ser eleitos na mesma ocasião dos efetivos, em cédula distinta, cabendo-lhes entrar em exercício em caso de impedimento de qualquer Conselheiro, por mais de trinta dias, ou em caso de vaga, para concluírem o mandato em curso.

Art. 25. O dia e a hora das eleições dos membros dos Conselhos Regionais serão fixados pelo Conselho Federal de Medicina, cabendo aos primeiros promover aqueles pleitos, que deverão processar-se por assembleia dos médicos inscritos na Região, mediante escrutínio secreto entre sessenta (60) e trinta (30) dias antes do término dos mandatos e precedidos de ampla divulgação por editais nos DIÁRIOS OFICIAIS do Estado, dos Territórios ou do Distrito Federal e em jornal de grande circulação na Região.

Art. 26. Haverá registro das chapas dos candidatos, devendo ser entregues os respectivos pedidos na secretaria de cada Conselho Regional com uma antecedência de, pelo menos, dez (10) dias da data da eleição e subscritos, no mínimo, por tantos médicos inscritos quantos sejam numericamente os membros competentes desse mesmo Conselho Regional.

§ 1.º O número de candidatos de cada chapa eleitoral será aquele indicado pelo art. 24 deste Regulamento menos um de conformidade com o disposto no art. 13 da Lei n.º 3.268, de 30.09.1957.

§ 2.º Nenhum candidato poderá figurar em mais de uma chapa.

§ 3.º Nenhum signatário da chapa eleitoral poderá ser nela incluído.

Art. 27. O voto será pessoal e obrigatório em todas as eleições, salvo doença ou ausência comprovada do votante na Região, devidamente justificadas.

§ 1.º Votarão somente os médicos inscritos na jurisdição de cada Conselho Regional e quando provarem quitação de suas anuidades.

§ 2.º Os médicos eventualmente ausentes da sede das eleições enviarão seus votos em sobrecarta dupla, opaca, fechada e remetida sob registro pelo Correio, juntamente com ofício ao Presidente do Conselho Regional e com firma reconhecida.

§ 3.º As cédulas recebidas com as formalidades do parágrafo anterior serão computadas até o momento de encerrar-se a votação, sendo aberta a sobrecarta maior pelo Presidente do Conselho Regional, que, sem violar o segredo do voto, depositará a sobrecarta menor numa urna especial.

§ 4.º Nas eleições os votos serão recebidos durante, pelo menos, seis (6) horas contínuas, podendo a critério do Conselho Regional e caso haja mais de duzentos (200) votantes determinarem-se locais diversos na cidade-sede para recebimentos de votos quando, então, deverão permanecer em cada local de votação dois (2) diretores ou médicos inscritos designados pelo Presidente do Conselho.

Art. 28. Para os fins de eleição a Assembleia-Geral funcionará de conformidade com o art. 25 da Lei n.º 3.268, de 30.09.1957.

Art. 29. As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na sua primeira sessão ordinária, de conformidade com os respectivos regimentos internos.

Art. 30. As normas do processo eleitoral relativas aos Conselhos Regionais constarão de Instruções baixadas pelo Conselho Federal de conformidade com o art. 5.º, letra g, e art. 23 da Lei n.º 3.268, de 30.09.1957.

Art. 31. Por falta injustificada à eleição incorrerá o médico faltoso na multa de duzentos cruzeiros (Cr\$ 200,00), dobrada na reincidência.

## Capítulo V DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 32. O Conselho Federal de Medicina será composto de dez (10) membros e de outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, sendo nove (9) deles eleitos por escrutínio secreto perante o próprio Conselho Federal, em assembleia dos Delegados dos Conselhos Regionais, e o restante será eleito pela Associação Médica Brasileira.

Art. 33. Cada Conselho Regional de Medicina promoverá reunião de assembleia-geral para eleição de um Delegado eleitor e de seu suplente, entre cem (100) e setenta (70) dias antes do término do mandato dos Membros do Conselho Federal de Medicina, dando ciência ao mesmo do nome do Delegado eleitor, até quinze (15) dias a contar da eleição.

Art. 34. A escolha do Delegado eleitor poderá recair em médicos residentes nas respectivas regiões ou em qualquer das outras, não lhes sendo permitido, todavia, substabelecer credenciais.

Art. 35. Haverá registro de chapas de candidatos ao Conselho Federal de Medicina mediante requerimento assinado, pelo menos, por três (3) Delegados eleitores, em duas vias, ao Presidente do mesmo, dentro do prazo de trinta (30) dias e amplamente divulgado pelo DIÁRIO OFICIAL da União e pela imprensa local.

Parágrafo único. Tendo recebido o requerimento, o Presidente do Conselho Federal de Medicina, depois de autenticar a primeira via desse documento com sua assinatura, devolverá a segunda, com o competente recibo de entrega.

Art. 36. A eleição para o Conselho Federal de Medicina será realizada entre vinte e cinco (25) e quinze (15) dias antes do término do mandato dos seus Membros, devendo ser a data escolhida comunicada aos Conselhos Regionais, com antecedência de trinta (30) dias.

Art. 37. A mesa eleitoral será constituída, pelo menos, por três (3) membros da Diretoria do Conselho Federal.

§ 1.º Depois de lidas as chapas registradas, o Presidente procederá à chamada dos Delegados eleitores, que apresentarão suas credenciais.

§ 2.º Cada Delegado eleitor receberá uma sobrecarta rubricada pelo Presidente da mesa, dirigindo-se ao gabinete indevassável para encerrar as chapas de Conselheiros efetivos e suplentes na sobrecarta que lhe foi entregue.

§ 3.º Voltando do gabinete indevassável, o Delegado assinará a lista dos votantes e, em seguida, depositará o voto na urna.

Art. 38. Terminada a votação a mesa procederá à contagem das sobrecartas existentes na urna, cujo número deverá coincidir com os dos votantes. Verificada tal coincidência serão abertas as sobrecartas e contadas as cédulas pelos mesários designados para tal fim.

Art. 39. Caso nenhuma das chapas registradas obtenha maioria absoluta de votos no primeiro escrutínio, far-se-á imediatamente um segundo, no qual só serão sufragadas as duas chapas mais votadas.

Parágrafo único. Em caso de empate, serão repetidos tantos escrutínios quantos sejam necessários para decidir o pleito.

Art. 40. O comparecimento dos Delegados dos Conselhos Regionais de Medicina às eleições para membros do Conselho Federal será obrigatório, aplicando-se as sanções previstas em lei nos casos de ausência injustificada.

## Capítulo VI

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41. O mandato dos Membros dos Conselhos Regionais de Medicina será meramente honorífico e durará cinco (5) anos, como o dos Membros do Conselho Federal de Medicina.

Art. 42. Sempre que houver vagas em qualquer Conselho Regional e não houver suplentes a convocar em número suficiente para que o Conselho funcione, processar-se-ão eleições necessárias ao preenchimento das vagas de membros efetivos e suplentes, na forma das instruções que forem baixadas pelo Conselho Federal e sob a presidência de uma Diretoria que será, segundo as eventualidades:

I – a própria Diretoria do Conselho em questão, se ao menos os ocupantes dos cargos de Presidente, Primeiro-Secretário e Tesoureiro coincidirem com os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos diretores não for suficiente;

II – diretoria provisória designada pelo Conselho Federal, entre os Conselheiros Regionais remanescentes ou com a integração de outros médicos, se o número dos primeiros não perfizer o necessário para o preenchimento dos três cargos essenciais mencionados no item anterior, tudo no caso de não existir nenhum membro da Diretoria efetiva;

III – diretoria provisória livremente designada pelo Conselho Federal, se não houver Conselheiros regionais remanescentes.

Parágrafo único. Os membros efetivos e os suplentes eleitos nas condições do artigo 42 concluirão o mandato dos Conselheiros que abriram vagas.

Art. 43. Os casos omissos do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho Federal de Medicina.

## Capítulo VII

### DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 44. Dentro do prazo de trinta (30) dias após a aprovação do presente Regulamento, o Conselho Federal baixará instruções com uma tabela de emolumentos (anuidades, taxas de inscrição, carteiras etc.), a serem cobrados pelos Conselhos Regionais de todo o País.

Art. 45. A exigência da apresentação da carteira profissional do médico, assim como a obrigatoriedade de indicar no seu receituário o respectivo número de sua carteira dos Conselhos Regionais, só se tornará efetiva a partir de cento e oitenta (180) dias depois da publicação do presente Regulamento.

Art. 46. Os Conselhos Regionais de Medicina providenciarão a feita ou a reforma de seus Regimentos Internos, de conformidade com a Lei n.º 3.268, de 30.09.1957.

Art. 47. Revogam-se as disposições em contrário.



---

<sup>1</sup> *Idem, ibidem.*

# CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Aprovado pela Resolução CFM N.º 1931/2009

(Publicada no DOU, de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)

(Retificação publicada no DOU de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173)

## PREÂMBULO

I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II – As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III – Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo estado, território ou Distrito Federal.

IV – A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V – A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI – Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e cinco disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

## Capítulo I

### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII – O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII – O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV – O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV – O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII – As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII – O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX – O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII – Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV – Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## Capítulo II

### DIREITOS DOS MÉDICOS

#### *É direito do médico:*

I – Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V – Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII – Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

## Capítulo III

*É vedado ao médico:*

Art. 1.º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2.º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3.º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4.º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5.º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6.º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7.º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8.º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9.º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumular-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1.º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2.º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3.º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

*É vedado ao médico:*

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

## Capítulo V

### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

*É vedado ao médico:*

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1.º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2.º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou outro método, darse-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39. Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

## Capítulo VI

### DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

*É vedado ao médico:*

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

## Capítulo VII

### RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

*É vedado ao médico:*

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

## Capítulo VIII

### REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

*É vedado ao médico:*

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

## Capítulo IX

### SIGILO PROFISSIONAL

*É vedado ao médico:*

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito. (Alterado pela Resolução CFM n.º 1.977/2012)

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

## Capítulo X

### DOCUMENTOS MÉDICOS

*É vedado ao médico:*

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para

continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1.º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2.º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1.º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2.º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando requisitado pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

## Capítulo XI

### AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

*É vedado ao médico:*

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal, quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

## Capítulo XII

### ENSINO E PESQUISA MÉDICA

*É vedado ao médico:*

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

### Capítulo XIII

#### PUBLICIDADE MÉDICA

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer ideias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

### Capítulo XIV

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

I – O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II – Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III – O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV – As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

---

# CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA E ALGUMAS DECLARAÇÕES DE PRINCÍPIOS, RESOLUÇÕES E RECOMENDAÇÕES

## CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA DA AMM

*Adotado pela 3.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial. Londres, Inglaterra. Outubro de 1949 e emendado pela 22.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Sydney, Austrália, em agosto de 1968 e pela 35.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Veneza, Itália, em outubro de 1983 e pela 57.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Pilanesberg, África do Sul (outubro de 2006).*

### **DEVERES DOS MÉDICOS EM GERAL:**

O MÉDICO DEVERÁ SEMPRE tomar suas decisões profissionais de modo independente e manter os mais elevados padrões de conduta profissional.

O MÉDICO DEVERÁ respeitar o direito do paciente capaz mentalmente em aceitar ou recusar o tratamento.

O MÉDICO NÃO DEVERÁ permitir que sua opinião seja influenciada por benefício pessoal ou discriminação injusta.

O MÉDICO DEVERÁ se comprometer na prestação de um atendimento médico competente, com total independência profissional e moral, com compaixão e respeito pela dignidade humana.

O MÉDICO DEVERÁ ser honesto com os pacientes e os colegas, notificando as autoridades competentes sobre os médicos que atuam sem ética e sem a devida competência, ou que se utilizem de fraude ou má-fé.

O MÉDICO NÃO DEVERÁ receber qualquer benefício financeiro ou outros incentivos apenas para encaminhar ou direcionar pacientes ou prescrever produtos específicos.

O MÉDICO DEVERÁ respeitar os direitos e preferências dos pacientes, colegas e outros profissionais de saúde.

O MÉDICO DEVERÁ reconhecer o seu poder em influenciar a opinião pública, devendo observar a devida cautela na divulgação de descobertas ou novas técnicas ou tratamentos através de canais não profissionais.

O MÉDICO DEVERÁ atestar apenas o que tenha comprovado pessoalmente.

O MÉDICO DEVERÁ se esforçar para utilizar os recursos dos cuidados à saúde da melhor maneira possível visando beneficiar os pacientes e a comunidade.

O MÉDICO DEVERÁ buscar assistência e tratamento adequados, se ele mesmo apresentar doença mental ou física.

O MÉDICO DEVERÁ respeitar os códigos de ética local e nacional.

### **DEVERES DOS MÉDICOS COM OS PACIENTES:**

O MÉDICO DEVERÁ SEMPRE ter em mente a obrigação de respeitar a vida humana.

O MÉDICO DEVERÁ considerar o que é melhor para o paciente quando estiver prestando cuidados médicos.

O MÉDICO DEVERÁ demonstrar total lealdade a seus pacientes e utilizar todos os recursos científicos disponíveis para o tratamento. Sempre que um procedimento ou tratamento estiver além de sua capacidade, o médico deverá solicitar ajuda ou encaminhar o paciente para outro médico que tenha a habilidade necessária.

O MÉDICO DEVERÁ respeitar o direito do paciente à confidencialidade. É ético divulgar informações confidenciais com o consentimento do paciente ou se houver uma ameaça real e iminente de dano ao paciente ou a outrem, e se essa ameaça só puder ser removida com a violação do sigilo.

O MÉDICO DEVERÁ prestar os primeiros socorros em casos de emergência como um dever humanitário, a menos que esteja certo de que outros estão dispostos e são capazes de prestar esses cuidados.

O MÉDICO DEVERÁ, em situações em que esteja a serviço de um terceiro, assegurar que o paciente tenha total conhecimento dessa situação.

O MÉDICO NÃO DEVERÁ manter relacionamento sexual com pacientes em tratamento atual, ou relação de natureza abusiva ou manipuladora.

### **DEVERES DOS MÉDICOS COM OS COLEGAS:**

O MÉDICO DEVERÁ se comportar com seus colegas do mesmo modo que ele gostaria que se comportassem com ele.

O MÉDICO NÃO DEVERÁ prejudicar a relação médico-paciente dos colegas, com o objetivo de atrair mais pacientes para si mesmo.

O MÉDICO DEVERÁ, quando envolver o tratamento do paciente, comunicar-se com os colegas que tratam do mesmo paciente. Esta comunicação deverá respeitar a confidencialidade do paciente e se limitar às informações necessárias.

## **DECLARAÇÃO DE BALI**

*(Sobre problemas éticos em pacientes com doenças mentais)*

*(Adotada pela 47.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, em setembro 1995)*

### **Introdução**

Historicamente, a sociedade considerou o paciente com doença mental como uma ameaça para os que o rodeiam, em vez de uma pessoa que necessita ajuda e atenção médica. Em consequência, por falta de tratamento eficaz muitos pacientes com doença mental eram enviados a asilos por longos períodos ou por toda vida. O objetivo do tratamento nestes casos era evitar a autodestruição e a conduta agressiva para outras pessoas.

Na atualidade, o progresso na terapia psiquiátrica permite uma melhor atenção dos pacientes com doença mental. Drogas eficazes e outros tratamentos podem sanar os casos leves e produzem melhoras em pacientes mais graves.

Os pacientes com doença mental devem ser considerados, tratados e ter o mesmo acesso à atenção médica que qualquer outro paciente.

O psiquiatra é um médico que tem as mesmas obrigações com seu paciente, como qualquer outro especialista. É por isso que o psiquiatra como agente da sociedade não deve permitir-se que afete ou debilite sua função principal como médico.

### **Princípios éticos**

1. A AMM considera que a discriminação associada à psiquiatria e aos doentes mentais deve ser eliminada. Este estigma desalenta as pessoas que necessitam ajuda psiquiátrica, o que agrava sua situação.

2. O psiquiatra aspira a um relacionamento terapêutico fundado na confiança mútua. Deve informar ao paciente a natureza da condição, procedimentos terapêuticos (incluindo possíveis alternativas e risco de cada uma) e o resultado esperado. A condição de um paciente com doença mental, incapaz de ser autônomo, não é diferente da de qualquer outro paciente legalmente incapacitado. Ele deve ser tratado como qualquer outro paciente que está temporária ou permanentemente incapacitado. Um paciente com doença mental, inclusive um psicopata, não deve ser considerado automaticamente incapacitado. Deve-se respeitar sua opinião nas áreas onde pode tomar decisões. Se um paciente não pode tomar decisões sobre sua atenção médica, deve-se obter o consentimento de um representante autorizado conforme as leis vigentes em cada país.

3. Os meios excepcionais só devem ser usados em um paciente com doença mental quando se encontre em estado grave e possa representar uma ameaça para ele ou para os demais. Os médicos devem considerar a hospitalização obrigada como excepcional e, portanto, utilizar este recurso só durante e quando seja clinicamente necessário.

4. Cada psiquiatra deve oferecer ao paciente a melhor terapia disponível, segundo seus conhecimentos, e o deve tratar com a preocupação e respeito correspondente à dignidade de todos os seres humanos. O psiquiatra que trabalha em uma instituição, nas forças armadas ou nos presídios pode enfrentar dificuldades entre suas responsabilidades para com a sociedade e suas obrigações com o paciente. Sua primeira lealdade deve ser para o paciente. Quando se pede ao psiquiatra que atue como agente da sociedade, em lugar de um benefício de seu paciente, deve-se informar ao paciente do conflito, de modo que não se sinta traído ou culpe o médico pelas medidas ordenadas pelas autoridades legais.

5. Deve-se salvaguardar o segredo e privacidade de todos os pacientes. Quando o exija a lei, o psiquiatra revelará só a informação específica e somente à autoridade correspondente. Os bancos de dados que permitem a transferência automática de informação de uma autoridade a outra podem ser utilizados sempre que se respeite o segredo médico.

6. O psiquiatra nunca deve fazer uso de suas possibilidades profissionais para violar a dignidade ou os direitos humanos de nenhum indivíduo ou grupo, e nunca deve permitir que seus desejos pessoais, sentimentos, preconceitos ou crenças interfiram no tratamento. Também o psiquiatra não deve aproveitar sua posição profissional ou a vulnerabilidade de um paciente para abusar de sua autoridade, como, por exemplo, utilizar o trabalho de um paciente para fins pessoais ou ter relações sexuais com ele.

### **Recomendação**

As associações médicas nacionais devem publicar esta Declaração e utilizá-la como base para reafirmar as fundações éticas do exercício

## DECLARAÇÃO DE BUDAPESTE

*(Sobre segurança em local de trabalho)*

*(Adotada pela 45.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Budapeste, Hungria, outubro de 1993).*

Médicos têm muito a ver com a promoção da saúde, devendo por isso apoiar a prevenção de danos relacionados com o trabalho.

Todo trabalhador deve ter assegurado o mais alto nível de proteção.

Consulta entre autoridades governativas, empregadores, trabalhadores e médicos são particularmente importantes a fim de manter a cooperação que protege os valores humanos saudáveis que são inseparáveis do trabalho produtivo.

A proteção da saúde influencia a produtividade e por isso deve encorajar todas as pessoas a promover essa segurança.

A Associação Médica Mundial considera de utilidade fazer as seguintes observações e recomendações: o médico, como o defensor natural do trabalhador, deve:

1. Agir com independência profissional.

2. Aconselhar o empregador e os trabalhadores que obedeçam aos padrões previstos na legislação.

3. Fazer recomendações específicas às autoridades competentes em legislar sobre a promoção da segurança no local de trabalho requerendo inspeções de saúde periódicas.

4. Lembrar aos trabalhadores que é responsabilidade deles estar atentos à própria segurança e à segurança das pessoas com quem eles trabalham e que possam afetar suas atividades profissionais.

5. Avaliar a capacidade dos trabalhadores para executar seus deveres.

6. Defender que a educação médica inclui o treinamento necessário para segurança no local de trabalho.

## DECLARAÇÃO DE CARACAS

*(Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990)*

*(Às organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde)*

Notando que:

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;

2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:

a) provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;

b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;

c) absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;

d) fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando que:

1. a Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde, referendadas pelos Estados-Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no ano 2000;

2. os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;

3. os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

DECLARAM:

1. que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;

2. que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel;

3. que os recursos, cuidados e tratamento devem:

a) salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário;

4. que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais;

b) promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento.

5. que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo Serviço de Saúde Comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

6. que as Organizações, Associações e demais participantes desta Conferência se comprometam (acordada) e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometem a promover e defender os direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual:

## CONCLAMAM

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

## DECLARAÇÃO DE CINGAPURA SOBRE MAUS-TRATOS E NEGLIGÊNCIA À CRIANÇA

*(Adotada pela 36.a Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Cingapura, em outubro de 1984, e emendada pelas 41.a Assembleia-Geral da AMM em Hong Kong, China, em setembro de 1989; 42.a Assembleia-Geral da AMM, Rancho Mirage, EUA, em outubro de 1990; 44.a Assembleia-Geral da AMM em Marbella, Espanha, em setembro de 1992; e 47.a Assembleia-Geral da AMM em Bali, Indonésia, em setembro de 1995)*

Uma das manifestações mais destrutivas da violência familiar é a da criança maltratada e negligenciada. A prevenção, a identificação precoce e o tratamento da criança vítima de abusos permanecem um desafio para a comunidade médica mundial.

A definição de criança que sofre maus-tratos varia de cultura para cultura. Infelizmente, podem ser aceitas racionalizações culturais de um comportamento prejudicial para crianças, se isso está implícito como prova de que o tratamento dado às crianças não é abusivo nem prejudicial. Por exemplo, a contribuição do trabalho da criança na vida diária de famílias e em sociedade deve ser reconhecida e encorajada, contanto que esse trabalho também favoreça o próprio desenvolvimento da criança. Por outro lado, a exploração de criança no mercado de trabalho pode privá-la da infância, de oportunidades educacionais e até mesmo ser um risco à sua saúde atual e futura. A AMM considera tal exploração de criança uma forma séria de maus-tratos e de negligência infantil.

Para os propósitos desta Declaração, há várias formas de abuso da criança – inclusive os abusos físico, sexual e emocional. A negligência à criança representa um fracasso do pai ou de outra pessoa legalmente responsável pelo seu bem-estar e pelo provimento de suas necessidades básicas e de um nível adequado de cuidado.

A Associação Médica Mundial reconhece que os maus-tratos à criança constituem um problema de saúde mundial e recomenda que as Associações Médicas Nacionais adotem as seguintes diretrizes para os médicos:

1. Os médicos têm o papel especial de identificar e ajudar as crianças que sofrem maus-tratos e as famílias que cuidam delas.

2. Os médicos devem obter treinamento especializado para identificar a criança que sofre maus-tratos. Tal treinamento está disponível em muitos programas de educação continuada nesse campo.

3. É recomendado entrosamento de uma equipe multidisciplinar experiente com o médico. É provável que uma equipe inclua profissionais, como médicos, assistentes sociais, psiquiatras de criança e de adulto, especialistas do desenvolvimento, psicólogos e advogados. Quando não for possível ou disponível a formação de uma equipe, o médico assistente tem que consultar outro médico, assistente social, advogado ou pessoal de saúde mental.

4. Os médicos de cuidados primários (médicos de família, internistas, pediatras), os especialistas em medicina de emergência, cirurgiões, psiquiatras e outros especialistas que tratam das crianças têm que adquirir conhecimento e habilidades: na avaliação física de criança abusada e negligenciada; na avaliação do desenvolvimento de criança e das suas habilidades de aprendizagem; na utilização de recursos da comunidade; e na sua responsabilidade legal.

5. A avaliação médica de crianças que foram abusadas fisicamente deve consistir em: (1) obtenção de uma história de dano; (2) exame físico do paciente; (3) pesquisa de radiografia de trauma; (4) registro de hemorragias; (5) fotografias coloridas; (6) exame físico dos irmãos; (7) boletim médico por escrito; (8) exame psíquico da criança; (9) registro do acompanhamento do desenvolvimento da criança de idade pré-escolar.

6. Os elementos médicos de crianças sexualmente abusadas consistem em: (1) o tratamento de trauma físico e psicológico; (2) a coleta e o processamento de evidências; e (3) a prevenção ou o tratamento de gravidez e de doença venérea.

7. É necessário que o médico determine a natureza e o nível da relação da família que cuida da proteção de criança. É essencial que o

médico procure ser sensível à variedade e à qualidade das relações matrimoniais, estilos disciplinares, tensões econômicas, problemas emocionais e abuso de álcool, drogas e outras substâncias, e outras formas de tensão relacionadas à criança abusada.

8. É difícil para o médico ser orientado para o abuso e a negligência. Frequentemente, a evidência física não é óbvia, e só por entrevista cuidadosa com a criança e pais podem algumas inconsistências ser reveladas entre os dados históricos e o exame objetivo.

9. Diante de uma criança com suspeita de abuso, os médicos devem ser orientados pelas seguintes ações imediatas: (1) informar aos serviços protetores; (2) hospitalizar qualquer criança suspeita de maus-tratos que precisa de proteção durante o período de avaliação inicial; e (3) informar os pais sobre o diagnóstico e o relatório dos danos da criança enviados aos serviços protetores.

10. A criança é a paciente do médico e, portanto, é a sua preocupação primária. Assim, é responsabilidade do médico fazer tudo para proteger a criança de dano adicional. A informação apropriada a agência ou instituição que dirige e protege a criança é normalmente formulada e estabelecida em leis. Em alguns casos, é também necessário admitir a criança em um hospital.

11. Se a hospitalização é requerida, é necessário que se faça prontamente uma avaliação dos problemas físicos, emocionais e do desenvolvimento da criança. Se o médico reconhece que o problema da criança maltratada não pode ser adequadamente avaliado, deve buscar orientação junto à equipe multidisciplinar do hospital ou a outros médicos que se especializaram em tratamento de crianças que sofreram maus-tratos.

12. Se a criança é suspeita de maus-tratos, o médico deve discutir com os pais o fato de os maus-tratos serem o diagnóstico atual do problema da criança. Durante tal sessão, é essencial que o médico seja objetivo e evite acusações ou declarações de julgamento nas conversas com os pais.

13. É essencial que os achados do quadro clínico durante o processo de avaliação sejam registrados no prontuário médico. O registro médico provê frequentemente no tribunal evidência dos procedimentos.

14. Médicos devem participar de todos os níveis de prevenção, provendo pré-natal e pós-natal e aconselhamento familiar; identificando problemas na criança já nascida e também aconselhando os pais sobre planejamento familiar e controle da natalidade.

15. Saúde pessoal e saúde pública devem ser avaliadas através de visitas em casa por enfermeiras e por associações de pais, e programas de bem-estar da criança devem ser encorajados por médicos. Os programas que visam à melhora da saúde geral da criança tendem a prevenir maus-tratos à criança e, por isso, devem ser apoiados por médicos.

16. Médicos devem reconhecer que uma criança maltratada e negligenciada é um problema complexo e que mais de um tipo de tratamento ou serviço pode ser necessário para ajudar a essas crianças e aos seus familiares. O tratamento apropriado requer a contribuição de muitas profissões, como psicologia, serviço social, direito e educação, inclusive setores responsáveis por medicamentos e alimentação.

17. Médicos devem promover o desenvolvimento de programas inovadores que avancem o conhecimento médico e a competência profissional no campo da criança maltratada e negligenciada.

18. O segredo médico deve ser ab-rogado em casos de crianças que sofrem maus-tratos. O primeiro dever de um médico é proteger seu paciente se ele é suspeito de ser vítima de maus-tratos. Não importa que tipo de abuso lhe foi imposto (físico, mental, sexual): um relatório oficial deve ser feito e enviado às autoridades competentes.

19. Médicos devem apoiar a legislação de seus respectivos países que identificam efetivamente e protegem as crianças que recebem maus-tratos. Tal legislação também deve proteger os médicos e outros profissionais de saúde que identificam o problema, preocupam-se com as crianças maltratadas e tratam delas.

20. Médicos devem apoiar os procedimentos legais que permitem a proteção legal contra o abusador de criança maltratada por um período razoável de tempo até que a criança alcance a idade adulta. Médicos também devem apoiar os procedimentos legais objetivos que buscam prevenir alegações de abuso por falta de condições de assistência à criança e aqueles que exigem iniciar qualquer tipo de ação legal contra um abusador de criança ante evidência objetiva.

## **DECLARAÇÃO DE ESTOCOLMO**

*(Sobre ética médica nos desastres de massa)*

*(Adotada pela 46.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Estocolmo, Suécia, setembro de 1994.)*

1. A definição de desastre de massa, com a finalidade deste documento, enfoca, particularmente, aspectos médicos.

Um desastre de massa é a ocorrência súbita de um evento calamitoso, normalmente instantâneo e violento, resultando em dano material significativo, deslocamento considerável de pessoas, um número grande de vítimas e perturbação significativa da sociedade, ou uma combinação dessas situações. A definição nesse contexto exclui situações que surgem de conflitos e guerras, se internacionais ou internos, que dão lugar a outros problemas além dos considerados nesse particular. Do ponto de vista médico, as situações de desastre são caracterizadas por um desequilíbrio agudo e imprevisto entre a capacidade e recursos da profissão médica e as necessidades das vítimas ou das pessoas, cuja saúde é ameaçada, dentro de um determinado período de tempo.

2. Os desastres, se eles são naturais (por exemplo, terremotos), tecnológicos (por exemplo, acidentes nucleares ou químicos) ou acidentais (por exemplo, descarrilamento de trem), são marcados por várias características que dão lugar a problemas particulares:

a) a ocorrência súbita e uma ação pronta e exigente;

b) a insuficiência de recursos médicos que são projetados para circunstâncias normais: o número grande de vítimas e os poucos recursos

disponíveis têm de ser usados eficazmente para economizar tantas vidas quanto possível;

- c) material ou dano natural que dão acesso às vítimas é difícil e perigoso;
- d) efeitos adversos na situação de saúde devido à poluição e os riscos de epidemia;
- e) um contexto de insegurança que exige a polícia ou as medidas militares para manter a ordem;
- f) cobertura de mídia.

Adequadamente, os desastres pedem uma resposta multissetorial que envolva tipos diferentes de ajuda que varia de transporte e comida a serviços médicos, contra uma reserva de segurança reduzida (a polícia, bombeiros, exército...). Essas operações requerem a centralização efetiva em uma autoridade para coordenar os esforços públicos e privados. Os trabalhadores e médicos são confrontados com uma situação excepcional na qual as éticas individuais têm de se unirem de alguma forma com as normas éticas exigidas pela comunidade ante uma situação emocionalmente exacerbada.

Regras éticas anteriores definiram e ensinaram como complementar as éticas individuais dos médicos. Os inadequados recursos médicos e o grande número de pessoas feridas em pouco tempo apresenta um problema ético específico.

Os serviços médicos em tais condições envolvem assuntos técnicos e organizacionais que se somam aos assuntos éticos. A Associação Médica Mundial recomenda as seguintes condutas éticas quanto ao papel de médico em situações de desastre.

### 3. TRIAGEM

3.1. A triagem apresenta o primeiro problema ético devido aos recursos limitados de tratamento imediatamente disponível em relação ao grande número de vítimas em variadas condições de saúde. Triagem é a ação médica no sentido de administrar a prioridade de tratamento baseada em fazer uma diagnose e formular um prognóstico. A sobrevivência dos pacientes dependerá dessa triagem. Deve ser levada em conta a pressa e as necessidades médicas, a capacidade de intervenção médica e os recursos disponíveis. Os atos vitais de reanimação podem ser levados a cabo ao mesmo tempo em que se processa a triagem.

3.2. A triagem deve ser confiada a uma autoridade médica experiente, ajudada por um pessoal competente.

3.3. O médico deve separar as vítimas como segue:

a) vítimas que podem ser salvas, cujas vidas estão em perigo imediato e requerem tratamento imediato ou como um assunto de prioridade dentro das próximas horas;

b) vítimas cujas vidas não estão em perigo imediato e que necessitam de atendimento, mas não de cuidado médico imediato;

c) pessoas feridas que necessitam apenas de tratamento secundário e que podem ser tratadas depois ou por profissionais de auxílio;

d) vítimas psicologicamente traumatizadas que necessitam ser atendidas, que não precisam ser levadas individualmente a cuidados, mas que podem certamente precisar de sedação se estiverem intensamente transtornadas;

e) vítimas cuja condição excede os recursos terapêuticos disponíveis, que sofrem de danos extremamente severos como irradiação ou queimaduras, de certa extensão e grau, mas que não podem ser salvas nas circunstâncias específicas e podem ser consideradas como casos cirúrgicos complexos que requerem uma operação particularmente delicada, o que levaria muito tempo e obrigaria o médico a fazer uma escolha entre elas e outros pacientes. Por essas razões, todas essas vítimas podem ser classificadas como casos de emergência “além de cuidados”. A decisão de abandonar uma pessoa ferida por “causa de prioridades”, ditada pela situação de desastre, não pode ser considerada como “fracasso para ajudar uma pessoa em perigo mortal”. Isto está justificado quando se pretende reduzir um maior número de vítimas.

f) desde que os casos possam evoluir, é importante que a situação seja regularmente reavaliada pelos profissionais da triagem.

3.4. a) Do ponto de vista ético, o problema da triagem e a atitude a ser adotada para as vítimas, “além de ajustes de cuidado” de emergência, dentro da distribuição de meios imediatamente disponíveis, são circunstâncias excepcionais que estão fora do controle humano. É pouco ético para um médico persistir, a todo custo, mantendo a vida de um paciente sem esperança, desperdiçando sem proveito os recursos escassos necessitados noutro lugar. Todavia o médico tem de mostrar compaixão aos seus pacientes e respeitar a dignidade da vida privada de cada um, por exemplo, separando-os dos outros e administrando analgésicos e sedativos apropriados.

b) O médico tem prioridades, de acordo com a sua consciência, considerando os meios disponíveis. Ele deve fixar uma ordem de prioridades de tratamento que economize o maior número de casos sérios com chance de recuperação e restrinjam a morbidez para um mínimo, aceitando os limites impostos pelas circunstâncias.

O médico deve prestar atenção particular ao fato de que as crianças devem ter necessidades especiais.

### 4. RELAÇÕES COM AS VÍTIMAS

4.1. O tipo de cuidado dado às vítimas será o cuidado médico de primeiro socorro na emergência. No caso de um desastre, o médico deve prover ajuda médica indiscriminadamente para toda vítima sem esperar pelo pedido de ajuda.

4.2. Selecionando os pacientes que podem ser salvos, o médico deverá considerar só seus estados de emergência e deverá excluir alguma outra consideração baseado em critérios não médicos.

4.3. As relações com as vítimas são orientadas pelo cuidado médico de primeiro socorro e pelo estado de necessidade, com o propósito de proteger os melhores interesses dos pacientes e, se possível, obtendo o consentimento deles na emergência imediata. No entanto o médico deverá ajustar-se às diferenças culturais das populações atingidas e deverá agir conforme as exigências da situação. Ele deverá ser guiado pelo conceito de ótimo cuidado que inclui ambos os cuidados tecnológico e emocional, preocupando-se em salvar tantas vidas quanto possível e reduzir os danos ao mínimo absoluto.

4.4. As relações com as vítimas também envolvem aspectos associados como lamentar perda de vidas, mesmo estando totalmente à parte de atos médicos técnicos, mas reconhecendo e apoiando a angústia psicológica delas. Estas incluem o respeito à dignidade e a moralidade das

vítimas e das famílias, ajudando os sobreviventes.

4.5. O médico tem de respeitar as crenças, ritos e religiões das vítimas e tem que agir com toda imparcialidade.

4.6. Se possível, as dificuldades encontradas para a identificação das vítimas devem ser informadas pelo pessoal médico.

## 5. RELAÇÕES COM TERCEIROS

O médico tem um dever de manter a discrição e assegurar a confidência quando lidando com terceiros, e ter a precaução e objetividade de agir com dignidade a respeito do clima emocional e das situações políticas de desastres circunvizinhos.

## 6. DEVERES DO PESSOAL PARAMÉDICO

Os princípios éticos que se aplicam aos médicos também se aplicam ao pessoal subalterno.

## 7. TREINAMENTO

A Associação Médica Mundial recomenda que o treinamento dos cuidados em desastres seja incluído nos currículos de universidades e postos em forma de cursos de atendimento.

## 8. RESPONSABILIDADE

A Associação Médica Mundial conclama os governos de Estados e as companhias de seguro a estabelecerem uma forma de responsabilidade, a fim de cobrir obrigação civil e qualquer dano pessoal para os quais os médicos pudessem ser vítimas quando trabalhando em desastre ou em situações de emergência.

Os pedidos da AMM aos governos:

a) disponham de ajuda e proteção aos médicos estrangeiros e aceitem a ação e a presença deles, sem discriminação com base em raça, religião etc.

b) deem prioridade à retribuição de serviços médicos em favor de dignitários.

# DECLARAÇÃO DE GENEBRA

*(Adotada pela Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial. Genebra, Suíça. Setembro de 1948)*

*Na hora de ser admitido como um membro na profissão médica:*

Eu, solenemente, juro consagrar minha vida a serviço da Humanidade.

Darei, como reconhecimento a meus mestres, meu respeito e minha gratidão.

Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade.

A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação.

Respeitarei os segredos a mim confiados.

Manterei, a todo custo, no máximo possível, a honra e a tradição da profissão médica.

Meus colegas serão meus irmãos.

Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, raciais, partidárias ou sociais intervenham entre meu dever e meus pacientes.

Manterei o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza. Faço estas promessas, solene e livremente, pela minha própria honra.

# DECLARAÇÃO DE HAMBURGO (I)

*(Sobre apoio aos médicos que recusam participar ou tolerar o uso de tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante)*

*(Adotada pela 49.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Hamburgo, Alemanha, outubro de 1997)*

## Preâmbulo

1. Com base em várias declarações éticas internacionais e diretrizes subscritas pela profissão médica, são proibidos aos médicos, ao longo do mundo, presenciar, tolerar ou participar em práticas de tortura ou de outras formas de procedimentos cruéis, desumanos ou degradantes por qualquer razão.

2. Anteriores a esta Declaração são o Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial, a Declaração de Genebra, a Declaração de Tóquio e a Resolução sobre Médicos que participam da Pena de Morte; a Resolução Nórdica Relativa a Médico Envolvidos em Pena de Morte; e a Declaração do Hawai da Associação Psiquiátrica Mundial.

3. No entanto, nenhuma destas declarações ou intenções de declarações explicitam o assunto de que a proteção deve ser estendida aos médicos quando pressionados, chamados ou ordenados para participarem de tortura ou de outras formas de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Nem aquelas declarações ou recomendações expressam apoio explícito ou a obrigação de proteger médicos que se encontram ou se dão conta de tais procedimentos.

### **Resolução**

4. A Associação Médica Mundial (WMA) por este meio reitera e reafirma a responsabilidade da profissão médica organizada:

I) encorajar os médicos para honrar seu compromisso de servir a humanidade e resistir a qualquer pressão para agir em contrário aos princípios éticos que norteiam sua dedicação para esta tarefa;

II) apoiar os médicos que sofrem dificuldades como resultado da resistência para qualquer pressão ou como resultado das tentativas de falar ou agir contra tais procedimentos desumanos; e

III) estender seu apoio e encorajar outras organizações internacionais, como também as associações nacionais (NMAs) da Associação Médica Mundial, a apoiar médicos que encontram dificuldades como resultado das tentativas de agir conforme os princípios éticos mais altos da profissão.

5. Além disso, devido ao emprego continuado de tais procedimentos desumanos em muitos países ao longo do mundo, e os incidentes documentados de pressão contra médicos para agir em contravenção aos princípios éticos subscritos para a profissão, a Associação Médica Mundial acha necessário:

I) protestar internacionalmente contra qualquer envolvimento ou qualquer pressão para envolver médicos em atos de tortura ou outras formas de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante;

II) apoiar e proteger, conclamando as NMAs para apoiar e amparar médicos que estão resistindo a envolvimento em tais procedimentos desumanos ou que estão trabalhando para tratar e reabilitar as vítimas, como também afiançar o direito de apoiar os princípios éticos que incluem a confidência médica;

III) dar publicidade à informação e apoiar médicos que informam evidência de tortura em casos provados e tentativas de envolver médicos em tais procedimentos; e

IV) encorajar as associações médicas nacionais para levar às autoridades acadêmicas e ensinar a investigar em todas as escolas de medicina e hospitais as consequências da tortura e seu tratamento, a reabilitação dos sobreviventes, a documentação da tortura e a proteção profissional descrita nesta Declaração.

## **DECLARAÇÃO DE HAMBURGO (II)**

*(Sobre melhoria da qualidade continuada em cuidados de saúde)*

*(Adotada pela 49.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Hamburgo, Alemanha, novembro de 1997)*

### **Preâmbulo**

1. O propósito dos cuidados de saúde é prevenir, diagnosticar ou tratar enfermidades e manter e promover a saúde da população. A meta de revisão de qualidade em cuidados de saúde é a melhoria contínua da qualidade de serviços provida aos pacientes e à população, e aos meios e modos de produzir estes serviços.

2. A obrigação contínua de melhorar a habilidade pessoal do profissional e avaliar os métodos usados está incluída nos códigos de ética dos médicos. De acordo com eles um médico tem de manter e aumentar seus conhecimentos e habilidades. Ele recomenda apenas exames e tratamentos que são efetivamente conhecidos e destinados de acordo com o estágio da arte médica.

### **Propósito das Diretrizes**

3. Os médicos e instituições de cuidados de saúde têm uma obrigação moral para se esforçar na melhoria contínua dos serviços. O propósito destas diretrizes é fortalecer tal proposta por meio de práticas de revisão de qualidade e criar ambientes éticos para as práticas de revisão.

### **Aplicação das Diretrizes**

4. As diretrizes éticas são voltadas para a preocupação da melhoria da qualidade contínua dos médicos, instituições que promovem serviços de cuidados de saúde para pacientes e produtores de serviços de revisão.

### **Obrigação para Qualidade da Revisão**

5. Todos os médicos, outros profissionais de cuidados de saúde (inclusive administradores de saúde) e instituições têm que aspirar à melhoria do seu trabalho. A participação ativa de todo pessoal em auditoria clínica e em iniciativas de revisão de qualidade deve ser encorajada. Podem ser usadas avaliações de revisão de qualidade por auditoria externa independente.

### **Padrões de Boa Qualidade do Trabalho**

6. Os envolvidos em trabalho com pacientes precisam especificar os padrões necessários para um bom trabalho de qualidade e para a avaliação da qualidade do trabalho. Os recursos e a mistura de habilidades do pessoal dentro de estabelecimentos de cuidados de saúde devem ser adequados para atingir os padrões exigidos de boa qualidade do trabalho.

7. Os dados do paciente registrados em prontuários ou em computador têm de ser escritos e preservados com cuidado, levando em conta as obrigações de confidência. Procedimentos, decisões e outros assuntos ligados aos pacientes precisam ser registrados de uma forma que permitam informações de padrões específicos e devem estar disponíveis quando necessitados.

8. Os profissionais de cuidados de saúde devem ter oportunidades adequadas para manter e desenvolver seus conhecimentos e habilidades. Recomendações e diretrizes clínicas devem estar facilmente disponíveis para esses requerentes. Instituições de cuidados de saúde precisam criar sistemas de qualidade para o próprio uso delas e assegurar que são seguidas as instruções que concernem a tais sistemas.

### **Reconhecimento da Qualidade de Revisão**

9. Todos os médicos deveriam avaliar a qualidade do trabalho deles e o nível de suas habilidades continuamente através de métodos de autorrevisão.

10. A qualidade dos cuidados de saúde pode ser avaliada através de métodos internos e externos. As agências para ambos os processos têm de ser aprovadas amplamente e os métodos usados geralmente devem ser aceitos e baseados em pesquisa ou conhecimento suficiente.

11. O interno clínico necessita de revisão, observação dos exames e dos métodos de tratamento, comparação com outros, observação da habilidade da organização para monitoramento da atenção a pacientes, devem ser atividades contínuas empreendidas por todo provedor de serviço.

12. Iniciativas de revisão de qualidade externas devem ser levadas a cabo com uma frequência que correspondam à evolução da atividade e sempre quando houver razão especial para isto.

### **Confidência de Registros de Pacientes**

13. Podem ser usados registros de pacientes em revisão de qualidade. Devem ser alertados os pacientes sobre o uso dos registros deles em revisão de qualidade. Os seus registros médicos devem ser confidencial e anonimamente mantidos e não deve ser acessível às pessoas estranhas. Todo informe, fotografias, vídeos e dados comparativos têm de ser apresentados de tal forma que os pacientes envolvidos em uma revisão não possa ser identificado.

### **Confidência da Revisão**

14. Uma pré-condição para uma boa revisão é a liberdade das instituições e médicos de concordarem ser revisados e o compromisso deles para ser revisados. É recomendado que o consentimento voluntário informado seja obtido desses revisados.

15. Os resultados de uma revisão pertencem a esses subscritores. Os resultados só podem ser usados para comparações e propósitos com a aprovação dos subscritores envolvidos na revisão, a menos que a legislação nacional preveja caso contrário.

16. O provedor de serviços pode informar aos clientes sobre seus resultados de revisão de qualidade e pode usá-los comercialmente, contanto que isto seja permitido em lei.

17. A revisão do trabalho individual de um médico é da responsabilidade dele e do seu médico superior. Não deve ser publicada informação relativa a um médico individual sem o consentimento dele.

18. Uma revisão externa não revelará os resultados da revisão ou outra informação obtida durante a revisão, sem a permissão escrita do subscritor da revisão.

### **Comitês de Ética**

19. Os princípios éticos geralmente aprovados em cuidados de saúde e em códigos nacionais de ética médica têm de ser respeitados na revisão de qualidade.

20. Se são muitas as dúvidas sobre assuntos éticos em um projeto de revisão que se deva dirigir a um comitê de ética. Todavia, em geral, não é necessária a submissão rotineira de projetos de revisão aos comitês de ética.

### **Competência do Revisor**

21. O revisor tem de ser experimentado na área em que a revisão concerne e competente em técnicas de desenvolvimento de qualidade e em métodos de auditoria clínicos. Quando os cuidados médicos são revisados, o revisor deve ser um médico. O revisor tem de ser aceito pelo revisado, sempre que possível.

### **Imparcialidade da Revisão**

22. O revisor escolhido deve ser imparcial e tão independente quanto possível. Ele tem de ser bem familiarizado com as atividades a serem revisadas. O revisor tem de ser objetivo em seu relatório. As suas conclusões devem estar baseadas em uma avaliação crítica de observações de fatos. O revisor não deve permitir que assuntos comerciais ou competitivos venham influenciar o conteúdo de suas declarações.

## **Revisão e Supervisão através de Autoridades**

23. A revisão de qualidade de cuidados de saúde e melhoria de qualidade contínua de serviços é uma parte da atividade de todo médico e instituição. A supervisão de atividades profissionais devem preocupar as autoridades, é uma atividade distinta e deve ser mantida separada da revisão de cuidados de saúde. Podem ser usados os resultados de uma revisão de médicos com a finalidade de só interessar às autoridades por um acordo mútuo separado, entre as autoridades de cuidados de saúde e os médicos, a menos que legislação nacional preveja caso contrário.

## **DECLARAÇÃO DE HAVANA**

*(Adotada pela 10.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial realizada em La Habana em 1956 e revisada pela 35.ª Assembleia)*

*(Estabelece as normas relativas à posição ética dos médicos em período de guerra ou de conflito armado)*

1. A ética médica em tempo de conflito armado é idêntica à do tempo de paz, como está formulada no Código de Ética Médica da Associação Médica Mundial. A primeira obrigação do médico é seu dever profissional; ao cumprir seu dever sua consciência é seu guia supremo.

2. A missão essencial da profissão médica é preservar a saúde e salvar a vida humana. Portanto, considera-se não ético:

- a) dar conselho ou realizar um ato médico profilático, diagnóstico ou terapêutico que não esteja justificado pelo bem-estar do paciente;
- b) debilitar a resistência física ou mental de um ser humano sem justificação terapêutica;
- c) utilizar métodos científicos para atentar contra a saúde ou a vida humana.

3. Os experimentos sobre seres humanos estão submetidos em tempo de conflito armado às mesmas regras que em tempos de paz; estão estritamente proibidos naqueles indivíduos que não dispõem de sua liberdade e, em especial, naqueles prisioneiros civis e militares e à população de países ocupados.

4. Em casos de urgência, o médico deve administrar sempre os cuidados imediatos imparcialmente e sem consideração de sexo, raça, nacionalidade, religião, filiação política ou qualquer outro critério similar. Tal assistência médica deve continuar sempre enquanto seja necessária e praticável.

5. O médico está obrigado a guardar o segredo médico no exercício de sua profissão. 6. Os privilégios e as atribuições conferidas ao médico devem servir unicamente para o exercício de sua missão profissional.

## **DECLARAÇÃO DO HAWAI**

*(Sobre guias éticos para os psiquiatras)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial no Hawai, outubro de 1977, e revisada pelo VII Congresso realizado em Viena, julho de 1983)*

1. O objetivo da psiquiatria é tratar as enfermidades mentais e promover a saúde mental. O psiquiatra estará a serviço dos interesses do paciente, no melhor sentido, e se preocupará pelo bem comum e também pela justa distribuição dos recursos sanitários, de acordo com sua capacidade e com os conhecimentos científicos e princípios éticos aceitos. Para alcançar estas metas se requer uma investigação contínua e uma educação permanente do pessoal sanitário, dos pacientes e do público em geral.

2. Cada psiquiatra oferecerá ao enfermo o melhor tratamento disponível que conheça, e, a ser aceito, deve tratá-lo com atenção e respeito devido à dignidade de todos os seres humanos. Quando o psiquiatra for responsável por um tratamento que vai ser administrado por outros, a estes proporcionará ensino e supervisão adequados. Quando seja necessário ou quando o enfermo expresse um pedido razoável, o psiquiatra deverá pedir ajuda de outro colega.

3. O psiquiatra aspira a estabelecer uma relação terapêutica baseada em acordo mútuo. Em seu nível ótimo requer confiança, confidencialidade, cooperação e respeito recíproco. Esta relação pode não ser possível com alguns pacientes, em cujo caso deve estabelecer-se contato com familiares ou pessoas indicadas. Se estabelecer uma relação com a finalidade distinta da terapêutica, como acontece por exemplo em psiquiatria forense, sua natureza deve ser cabalmente clara com as pessoas envolvidas.

4. O psiquiatra deve informar ao paciente da natureza de sua doença, do diagnóstico proposto e dos procedimentos terapêuticos disponíveis, incluindo possíveis alternativas. e do prognóstico previsível. Esta informação deve ser oferecida com consideração e ao paciente deve-se dar a oportunidade de escolher entre os métodos adequados que estão disponíveis.

5. Não se deve realizar nenhum procedimento nem administrar-se nenhum tratamento contra ou à margem da vontade do paciente, a menos que devido a sua doença mental este não possa formar um juízo sobre o que é melhor aos seus interesses pessoais, ou quando sem esse tratamento possa dar lugar a prejuízos importantes para o paciente ou para outras pessoas.

6. No momento em que as condições para levar a cabo um tratamento involuntário deixe de existir, o psiquiatra suspenderá a obrigatoriedade do tratamento e se for necessário continuar com ele deverá ter um consentimento informado. O psiquiatra deve informar ao

paciente e/ou aos familiares ou responsáveis da existência dos recursos para apelação dos casos de internação involuntária e para qualquer outra demanda relacionada com seu bem-estar.

7. O psiquiatra nunca deve usar seus recursos profissionais para violar a dignidade ou os direitos humanos de nenhum indivíduo ou grupo, e nunca deve deixar que sentimentos, prejuízos, crenças ou desejos profissionais inadequados interfiram no tratamento. O psiquiatra não deve, em nenhuma hipótese, utilizar os meios de sua profissão quando não tenha deixado de existir a enfermidade psiquiátrica. Se um enfermo ou terceiros solicitem do psiquiatra ações contrárias ao conhecimento científico ou princípios éticos, este recusará sua participação.

8. Tudo que o paciente diga ao psiquiatra ou o que ele tenha observado durante o exame ou tratamento deve considerar-se confidencial, a menos que o paciente libere o psiquiatra do segredo profissional, ou quando for necessário comunicar para prevenir um dano sério ao próprio paciente ou a outros. Sem dúvida, nestes casos, o paciente deve ser informado que se transgrediu a confidencialidade.

9. O enriquecimento e a difusão dos conhecimentos psiquiátricos e de suas técnicas requerem a participação dos pacientes. Entretanto, é necessário obter-se um consentimento informado antes de apresentar o paciente numa sala de aula e também, se possível, quando sua história clínica for objeto de uma publicação científica. Nestes casos devem se tomar todas as medidas razoáveis para preservar a dignidade e o anonimato do indivíduo e para salvaguardar sua reputação pessoal. A participação de um enfermo num projeto de pesquisa deve ser voluntária, depois de haver recebido uma informação completa sobre os objetivos, procedimentos, riscos e inconvenientes do mesmo, e tem de existir sempre uma relação razoável entre os riscos calculados e as doenças e o benefício do estudo. Na investigação clínica, cada caso deve conservar e exercer todos os seus direitos como paciente. Quando se tratar de crianças ou de outros pacientes que não possam proporcionar eles mesmos um consentimento informado, este deve ser obtido do responsável legal. Cada paciente em casos de pesquisa é livre para abandonar o projeto em que está participando por qualquer razão e em qualquer momento. Esta retirada, assim como qualquer negativa para participar de um programa, nunca deve influir nos esforços do psiquiatra para ajudar em caso de investigação.

10. O psiquiatra deve suspender qualquer programa de tratamento, de ensino ou de investigação que, ao longo do seu desenvolvimento, estiver em desacordo com os princípios desta Declaração.

## DECLARAÇÃO DE HELSINQUE (IX)

*(Princípios Éticos para Pesquisa Médica envolvendo Seres Humanos)*

Adotada pela 18.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial (Helsinque, Finlândia, Junho 1964) e emendada pela:

29.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Tóquio, Japão, Outubro 1975

35.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Veneza, Itália, Outubro 1983

41.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Hong Kong, Setembro 1989

48.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Somerset West, África do Sul, Outubro 1996

52.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Edimburgo, Escócia, Outubro 2000

53.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Washington 2002 (Nota de Esclarecimento acrescentada no parágrafo 29)

55.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Tóquio 2004 (Nota de Esclarecimento acrescentada no parágrafo 30)

59.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Seul, Outubro 2008

### A. Introdução

1. A Associação Médica Mundial (WMA) desenvolveu a Declaração de Helsinque como uma declaração de princípios éticos para pesquisa médica envolvendo seres humanos, incluindo pesquisa em material humano identificável ou dados identificáveis. A Declaração deve ser lida como um todo e cada um de seus parágrafos constituintes não devem ser aplicados sem levar em consideração todos os demais parágrafos relevantes.

2. Embora a Declaração seja dirigida principalmente aos médicos, a WMA encoraja outros participantes ligados à pesquisa médica envolvendo seres humanos a adotar estes princípios.

3. É dever do médico promover e salvaguardar a saúde dos pacientes, incluindo aqueles envolvidos em pesquisa médica. O conhecimento e a consciência do médico devem ser dedicados ao cumprimento deste dever.

4. A Declaração de Genebra da WMA compromete o médico com as seguintes palavras: “A saúde do meu paciente será minha primeira consideração”, e o Código Internacional de Ética Médica afirma que “Um médico deve agir no melhor interesse do paciente quando fornecer cuidados médicos”.

5. O progresso médico está baseado em pesquisas que fundamentalmente devem incluir estudos envolvendo seres humanos. Populações sub-representadas em pesquisas médicas devem ter acesso adequado à participação na pesquisa.

6. Na pesquisa médica envolvendo seres humanos, o bem-estar de cada sujeito de pesquisa deve prevalecer sobre todos os demais interesses.

7. O propósito primário da pesquisa médica envolvendo seres humanos é compreender a etiologia, o desenvolvimento e os efeitos das doenças e melhorar as intervenções preventivas, diagnósticas e terapêuticas (métodos, procedimentos e tratamentos). Até mesmo as melhores intervenções atualmente devem ser avaliadas continuamente por meio de pesquisas relacionadas à sua segurança, eficácia, eficiência, acessibilidade e qualidade.

8. Na prática médica e na pesquisa médica, a maior parte das intervenções envolve riscos e encargos.

9. A pesquisa médica está sujeita a padrões éticos que promovem o respeito por todos os seres humanos e protegem sua saúde e direitos. Algumas populações de pesquisa são particularmente vulneráveis e precisam de proteção especial. Estas incluem aqueles que não podem dar ou recusar consentimento por conta própria e aqueles que podem ser vulneráveis a coerção ou influência indevidas.

10. Os médicos devem considerar as normas éticas, legais e regulatórias e os padrões para pesquisa envolvendo seres humanos vigentes em seus próprios países, bem como as normas e padrões internacionais aplicáveis. Nenhum requerimento ético, legal ou regulatório, seja nacional ou internacional, deve reduzir ou eliminar quaisquer das proteções para sujeitos de pesquisa estabelecidas nesta Declaração.

## **B. Princípios para toda pesquisa médica**

11. É dever dos médicos que participam de pesquisas médicas proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito ao livre-arbítrio, a privacidade e a confidencialidade das informações pessoais dos sujeitos de pesquisa.

12. A pesquisa médica envolvendo seres humanos deve estar em conformidade com os princípios científicos geralmente aceitos, ser baseada no conhecimento aprofundado da literatura científica, outras fontes de informação relevantes e em experimentação de laboratório adequada e, quando apropriado, em experimentação animal. O bem-estar dos animais utilizados para pesquisa deve ser respeitado.

13. Uma precaução apropriada deve ser tomada na condução de pesquisa médica que possa prejudicar o ambiente.

14. O desenho e a realização de cada pesquisa envolvendo seres humanos devem ser descritos claramente em um protocolo de pesquisa. O protocolo deve conter uma declaração das considerações éticas envolvidas e deve indicar como os princípios nesta Declaração foram abordados. O protocolo deve incluir informações sobre financiamento, patrocinadores, afiliações institucionais, outros potenciais conflitos de interesse, incentivos aos sujeitos e disposições para tratamento e/ou compensação dos sujeitos que forem prejudicados em decorrência da participação na pesquisa. O protocolo deve descrever os acordos para o acesso pós-estudo às intervenções identificadas como benéficas no estudo aos participantes ou para o acesso a outros cuidados ou benefícios apropriados.

15. O protocolo de pesquisa deve ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa para análise, comentários, diretrizes e aprovação antes do estudo ter início. Este Comitê deve ser independente do pesquisador, do patrocinador e de qualquer outra influência indevida. Ele deve levar em consideração as leis e regulamentações do país ou dos países onde a pesquisa será executada, bem como as normas e padrões internacionais aplicáveis, porém estes não devem reduzir ou eliminar quaisquer das proteções para os sujeitos de pesquisa estabelecidas nesta Declaração. O Comitê deve ter o direito de monitorar os estudos em andamento. O pesquisador deve fornecer informações de monitoramento ao Comitê, especialmente informações sobre quaisquer eventos adversos graves. Nenhuma mudança no protocolo deve ser realizada sem análise e aprovação do Comitê.

16. A pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser conduzida somente por indivíduos com treinamento científico e qualificações apropriadas. A pesquisa em pacientes ou voluntários saudáveis requer a supervisão de um médico competente e devidamente qualificado ou de outro profissional da saúde. A responsabilidade pela proteção dos sujeitos de pesquisa deve recair sempre sobre o médico ou outro profissional da saúde e nunca sobre os sujeitos de pesquisa, mesmo que eles tenham dado seu consentimento.

17. A pesquisa médica envolvendo uma população ou comunidade vulnerável ou em desvantagem é justificada somente se a pesquisa for capaz de atender às necessidades de saúde e prioridades desta população ou comunidade e se houver uma probabilidade razoável que esta população ou comunidade se beneficie dos resultados da pesquisa.

18. Toda pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser precedida por uma avaliação cuidadosa dos possíveis riscos e encargos aos indivíduos e comunidades envolvidos na pesquisa em comparação com os benefícios previstos para eles e para outros indivíduos ou comunidades afetados pela condição sob investigação.

19. Toda pesquisa médica deve estar registrada em um banco de dados acessível ao público antes do recrutamento do primeiro sujeito.

20. Os médicos devem abster-se de participar de uma pesquisa envolvendo seres humanos a menos que estejam confiantes de que os riscos envolvidos foram adequadamente avaliados e podem ser gerenciados de forma satisfatória. Os médicos devem interromper um estudo imediatamente quando os riscos superarem os potenciais benefícios ou quando houver provas conclusivas de resultados positivos e benéficos.

21. A pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser conduzida somente se a importância do objetivo superar os riscos e encargos inerentes aos sujeitos de pesquisa.

22. A participação de indivíduos saudáveis como sujeitos em pesquisa médica deve ser voluntária. Embora possa ser apropriado consultar familiares ou líderes de comunidade, nenhum indivíduo saudável deve ser incluído em uma pesquisa a menos que ele ou ela concorde livremente.

23. Todas as precauções devem ser tomadas para proteger a privacidade dos sujeitos de pesquisa e a confidencialidade de suas informações pessoais e para minimizar o impacto da pesquisa sobre sua integridade física, mental e social.

24. Em pesquisas médicas envolvendo seres humanos saudáveis, cada sujeito em potencial deve ser adequadamente informado dos objetivos, métodos, fontes de financiamento, quaisquer possíveis conflitos de interesse, afiliações institucionais do pesquisador, benefícios antecipados e potenciais riscos do estudo e o desconforto que pode estar associado e de quaisquer outros aspectos relevantes do estudo. O sujeito em potencial deve ser informado do direito de se recusar a participar do estudo ou de retirar seu consentimento para participar a qualquer momento, sem retaliação. Deve ser dada atenção especial às necessidades de informação específicas de cada potencial sujeito e aos métodos utilizados para fornecer as informações. Após assegurar-se que o potencial sujeito compreendeu todas as informações, o médico ou outro indivíduo devidamente qualificado deve então obter seu consentimento informado livre e esclarecido, de preferência por escrito. Se o consentimento não puder ser expresso por escrito, o consentimento não escrito deve ser formalmente documentado e testemunhado.

25. Para pesquisa médica com material humano identificável ou dados identificáveis, os médicos devem normalmente obter o consentimento para a coleta, análise, armazenamento e/ou reutilização. Pode haver situações em que seria impossível ou impraticável obter o

consentimento para determinada pesquisa ou seria uma ameaça à validade da pesquisa. Nestas situações, a pesquisa pode ser feita somente após a análise e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

26. Ao obter o consentimento informado para participação em uma pesquisa, o médico deve ser particularmente cauteloso se o potencial sujeito estiver em uma relação de dependência com ele ou se puder consentir sob pressão. Nestas situações, o consentimento informado deve ser obtido por um indivíduo devidamente qualificado que seja completamente independente desta relação.

27. Para um sujeito de pesquisa em potencial legalmente incompetente, o médico deve obter o consentimento informado do representante legal autorizado. Estes indivíduos não devem ser incluídos em uma pesquisa que não tenha possibilidade de benefício para eles, a menos que se deseje promover a saúde da população representada pelo potencial sujeito, que a pesquisa não possa ser realizada com pessoas legalmente competentes e que a pesquisa implique em risco e encargo mínimos.

28. Quando um potencial sujeito de pesquisa, considerado legalmente incompetente for capaz de concordar com decisões sobre a sua participação na pesquisa, o médico deve obter este assentimento além do consentimento do representante legal autorizado. A discordância do sujeito em potencial deve ser respeitada.

29. Pesquisas envolvendo sujeitos que são física ou mentalmente incapazes de dar consentimento, por exemplo, pacientes inconscientes, podem ser feitas apenas se a condição física ou mental que o impede de dar o consentimento informado for uma característica necessária da população da pesquisa. Nestas circunstâncias, o médico deve obter o consentimento informado do representante legal autorizado. Se este representante não estiver disponível e se a pesquisa não puder ser adiada, o estudo pode prosseguir sem o consentimento informado desde que as razões específicas para envolver sujeitos com uma condição que os torna incapazes de dar consentimento informado tenham sido informadas no protocolo de pesquisa e o estudo tenha sido aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. O consentimento para permanecer na pesquisa deve ser obtido o mais rapidamente possível do sujeito ou de um representante legal autorizado.

30. Autores, editores e as editoras têm obrigações éticas no que diz respeito à publicação dos resultados da pesquisa. Os autores têm o dever de tornar públicos os resultados de suas pesquisas em seres humanos e são responsáveis pela integridade e precisão de seus relatos. Eles devem aderir às diretrizes aceitas para relato ético. Os resultados negativos e inconclusivos, bem como os positivos, devem ser publicados ou de alguma outra forma disponibilizados ao público. Fontes de financiamento, afiliações institucionais e conflitos de interesse devem ser declarados na publicação. Os relatórios de pesquisa em desacordo com os princípios desta Declaração não devem ser aceitos para publicação.

### **C. Princípios adicionais para pesquisa médica combinada com cuidado médico**

31. O médico poderá combinar pesquisa médica com cuidado médico apenas na medida em que a pesquisa for justificada por seu potencial valor profilático, diagnóstico e terapêutico e se o médico tiver boas razões para acreditar que a participação na pesquisa não afetará negativamente a saúde dos pacientes que atuam como sujeitos de pesquisa.

32. Os benefícios, riscos, encargos e eficácia de uma nova intervenção devem ser testados comparativamente com as melhores intervenções atuais comprovadas, exceto nas seguintes circunstâncias:

- O uso de placebo, ou o não tratamento, é aceitável em estudos onde não existe intervenção atualmente comprovada; ou
- Onde, por razões metodológicas convincentes e cientificamente sólidas, o uso de placebo se faz necessário para determinar a eficácia ou segurança de uma intervenção e quando os pacientes que receberem placebo ou nenhum tratamento não estiverem sujeitos a qualquer risco de dano grave ou irreversível. Extremo cuidado deve ser tomado para evitar o abuso desta opção.

33. Após a conclusão do estudo, os participantes têm o direito de ser informados sobre o resultado do estudo e desfrutar de quaisquer benefícios que resultem dele, por exemplo, o acesso às intervenções identificadas como benéficas no estudo ou outros cuidados ou benefícios apropriados.

34. O médico deve informar detalhadamente ao paciente quais aspectos do tratamento estão relacionados à pesquisa. A recusa de um paciente em participar de um estudo ou a decisão do paciente em retirar-se do estudo nunca deve interferir na relação médico-paciente.

35. No tratamento de um paciente onde intervenções de eficácia comprovada não existem ou foram ineficazes, o médico, depois de consultar um especialista, com o consentimento informado do paciente ou do representante legal autorizado, pode utilizar uma intervenção de eficácia não comprovada se, em seu julgamento, isto oferecer esperança de salvar a vida, restabelecer a saúde ou aliviar o sofrimento. Sempre que possível, esta intervenção deve ser objeto de pesquisa, desenvolvida para avaliar sua segurança e eficácia. Em todos os casos, novas informações devem ser registradas e, quando apropriado, disponibilizadas ao público.

## **DECLARAÇÃO DE HONG KONG (I)**

*(Sobre estado vegetativo persistente)*

*(Adotada pela 41.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Hong Kong, setembro de 1989)*

### **Preâmbulo**

As presentes informações de saúde não provêm de uma estimativa precisa da incidência e prevalência no mundo de indivíduos em um estado vegetativo persistente (PVS). Dez anos atrás, uma incidência de 2 a 3 por 100.000 foi calculada para o Japão. Parece provável que o

número absoluto de tais casos subiu apreciavelmente como consequência de práticas atuais em medicina intensiva, apoio cardiorrespiratório, alimentação parenteral e controle de infecções em cérebros severamente danificados de pacientes. Como lidar com este resultado emocionalmente doloroso, financeiramente caro e geralmente não desejado é um problema crescente.

A perda da consciência em patologias com estado vegetativo persistente pode surgir de uma variedade de insultos ao cérebro, incluindo, entre outros, anoxia cerebral, infecções por dano ou doença degenerativa. A perda abrupta da consciência normalmente consiste num estado de sonolência agudo chamado coma, que pode ser seguido de graus variados de recuperação ou deterioração neurológica crônica. Pessoas com dano opressivo sobre os hemisférios cerebrais passam comumente por um estado crônico de inconsciência, chamado estado vegetativo, no qual ciclicamente o corpo desperta e dorme, mas não expressa nenhuma conduta ou evidência metabólica cerebral de existir função cognitiva ou de ser capaz de responder de forma racional a eventos e estímulos externos. A essa condição de perda cognitiva total pode seguir danos agudos que causam coma ou pode desenvolver-se mais lentamente como resultado de desordens estruturais progressivas, como a doença de Alzheimer, que na fase final também pode destruir a função psicológica do cérebro. Quando tal perda cognitiva dura para mais de algumas semanas, essa condição se transforma em um estado vegetativo persistente (PVS) porque o corpo mantém as funções necessárias para sustentar a sobrevivência vegetativa. A recuperação do estado vegetativo é possível, especialmente durante os primeiros dias ou semanas depois, mas a tragédia é que muitas pessoas em PVS vivem durante muitos meses ou anos se contarem com medidas de auxílio nutricional e outras condutas.

Algumas vezes, clinicamente, determina-se que uma pessoa está acordada, mas desvairada, sendo que a permanência do estado vegetativo depende da natureza do dano de cérebro e da duração do período de coma. Algumas pessoas com menos de 35 anos de idade em coma depois de trauma de cabeça, como também um paciente ocasional com coma depois de hemorragia intracraniana, pode recuperar-se muito lentamente; assim, um evento que produz um PVS de um a três meses em estado de coma pode em casos mais raros evoluir em um menor grau de deterioração por seis meses. Por outro lado, as chances de recuperar a consciência depois de ser vegetativo durante três meses são muito pequenas. São reivindicadas exceções raras, mas alguns desses casos podem estar representados por pacientes que não entraram logo em coma, logo após o dano causado. Em última instância, todos estão severamente inválidos.

## DIRETRIZES

Esses exemplos raros, todavia, indicam que no prazo de seis meses pode-se predizer o nível de inaptidão, embora não se possa afirmar com certeza o grau de insulto do cérebro. Então, um critério conservador para a diagnose de PVS seria a observação durante pelo menos 12 meses, embora a recuperação cognitiva depois de seis meses é sumamente rara em pacientes com mais de 50 anos.

O risco de erro de prognóstico pelos critérios divulgados acima é tão pequeno que a decisão que incorpora isso como uma conclusão de prognóstico parece completamente justificável. A determinação de um médico de que uma pessoa tem recuperação improvável da consciência é o prelúdio habitual das deliberações sobre retirar ou não os meios de sustentação da vida vegetativa. Embora possa a família ser a primeira a levantar o assunto, antes que um médico dê sua opinião sobre o prognóstico, o assunto de tratamento de retenção geralmente não é considerado. Uma vez que a questão da manutenção ou da retirada de apoio da vida foi levantada, suas dimensões legais e éticas devem ser consideradas.

## DECLARAÇÃO DE HONG KONG (II)

*(Sobre transplante de tecido fetal)*

*(Adotada pela 41.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Hong Kong, setembro de 1989)*

### Preâmbulo

A indicação terapêutica de transplante de tecido fetal para desordens como diabete e doença de Parkinson levantou novas dúvidas na discussão ética de pesquisa fetal. Estas dúvidas são distintas se dirigidas aos anos setenta, quando enfocada em procedimentos invasivos executados por alguns investigadores em fetos vivos e viáveis. Elas também estão distantes das dúvidas que foram levantadas pelo desenvolvimento de novas técnicas para diagnose pré-natal como fetoscopia e a prova da vilosidade coriônica. Embora o uso de tecido transplantado de um feto depois de aborto espontâneo ou induzido pareça ser análogo ao uso de tecido de órgãos de cadáver, o assunto moral para muitos é a possibilidade que a decisão de fazer um aborto esteja de acordo a decisão do uso do tecido fetal com o procedimento do transplante.

A utilização de tecido fetal humano para transplante, na sua maior parte, é fundada em um grande banco de dados de pesquisa derivado de modelos de animais de experiência. Nesse momento, o número de tais transplantes executado foi relativamente pequeno, mas as várias aplicações estão prometendo, com certeza, a abertura para a investigação clínica daquelas desordens. Pode-se esperar que a demanda para transplante de tecido fetal para estruturas neurais ou pancreáticas aumente mais conclusivamente tal observação e que esse procedimento, a longo prazo, promova a reversão desses *deficits* neurais e endócrinos.

Em primeiro lugar, as preocupações éticas atualmente identificadas para os transplantes fetais é influenciar a decisão de uma mulher para ter um aborto. Essas preocupações são baseadas, pelo menos em parte, na possibilidade que algumas mulheres podem desejar ficar grávidas com o propósito exclusivo de abortar o feto e doar o tecido a um parente ou vender o tecido por interesse financeiro. Outros sugerem que uma mulher que estiver em dúvida sobre uma decisão de abortar pode ser sensibilizada por meio de argumentos sobre o bem que poderia ser alcançado se ela optasse por terminar a gravidez. Essas preocupações exigem a proibição de: (a) a doação de tecido fetal para receptores

reais; (b) a venda de tal tecido; e (c) o pedido para consentir usar o tecido para transplante antes de uma decisão concludente relativa ao aborto que foi feito. O processo de aborto também pode ser influenciado indevidamente pelo médico. Por conseguinte, devem ser consideradas medidas para assegurar que decisões para doar tecido fetal para transplante não influenciem as técnicas que induzem ao aborto ou à do próprio procedimento com respeito à idade gestacional do feto. Também evitar conflitos de interesses dos médicos e de outro pessoal de cuidados de saúde envolvidos na prática de abortos que não se beneficiam direta ou indiretamente da pesquisa ou do uso de transplantes de tecidos derivados do feto abortado. A recuperação e preservação de tecido utilizável não podem tornar-se o enfoque principal do aborto. Assim, os componentes de equipes de transplante não devem influenciar ou participar do processo de aborto.

Há um lucro comercial potencial para os envolvidos na recuperação, armazenamento, preparação e entrega de tecidos fetais. Tecido fetal provindo de procedimentos sem lucro designado reduziria a possibilidade de influenciar indiretamente uma mulher para adquirir seu consentimento para doação dos restos fetais abortados.

### **Recomendações**

A Associação Médica Mundial afirma que o uso de tecido fetal com fins de transplante ainda está em fase experimental e só deve ser eticamente permissível quando:

1. Forem seguidas as recomendações da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial e da Declaração de Transplante de Órgãos Humanos com referência ao doador e ao receptor de transplante de tecido fetal.
2. O uso do tecido fetal for consistente até certo ponto com a Declaração da Associação Médica Mundial para Uso de Órgãos em Vivo e quando aquele tecido não tenha sido provido em troca de remuneração financeira.
3. O receptor não for designado pelo doador.
4. Uma decisão concludente relativa ao aborto tiver sido feita antes de iniciar a discussão sobre o uso do transplante de tecido fetal. Independência absoluta deve ser estabelecida e garantida entre a equipe médica que executa o aborto e a equipe que usa o feto com propósitos terapêuticos.
5. A decisão relativa à época do aborto será baseada no estado de saúde da mãe e do feto. Decisões relativas à técnica de induzir ao aborto, como também a determinação da época do aborto em relação à idade gestacional do feto, serão baseadas na preocupação com a segurança da mulher grávida.
6. O pessoal de cuidados de saúde envolvido na interrupção de uma gravidez particular não pode participar ou receber qualquer benefício do transplante de tecido do aborto da mesma gravidez.
7. O consentimento informado em nome do doador e do receptor deve ser obtido conforme a lei aplicável.

## **DECLARAÇÃO DE HONG KONG (III)**

*(Sobre o uso de animais em pesquisa biomédica)*

*(Adotada pela 41.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Hong Kong, setembro de 1989)*

### **Preâmbulo**

A pesquisa biomédica é essencial à saúde e bem-estar de todas as pessoas em nossa sociedade. Os avanços em pesquisa biomédica melhoraram a qualidade e prolongaram a duração da vida ao longo do mundo. No entanto, a habilidade da comunidade científica para continuar seus esforços de melhorar a saúde individual e coletiva está sendo ameaçada por um movimento que quer eliminar o uso de animais em pesquisa biomédica. Este movimento é encabeçado por grupos de ativistas radicais cuja visão está distante da realidade das necessidades públicas e que usa táticas de propaganda e desinformação fazendo campanha e ataques violentos a instalações de pesquisa biomédicas e a cientistas individualmente.

A quantidade de atividades em animais de laboratório está caindo. Nos Estados Unidos, só em 1980, os grupos organizaram mais de 29 investidas em instalações de pesquisa e roubaram mais de 2.000 animais, causando prejuízo superior a 7 milhões de dólares em danos físicos e anos de prejuízos ao processo de pesquisa científica. Grupos ativistas de defesa dos animais se ocuparam de atividades semelhantes na Grã-Bretanha, Europa Ocidental, Canadá e Austrália. Vários grupos nestes países reivindicaram a autoria de explosões de carros, instituições, lojas e casas particulares dos investigadores.

Essa ação violenta teve um efeito de desestimular internacionalmente a comunidade científica. Foram intimados os cientistas, organizações de pesquisa e universidades para alterar ou suspender os esforços de pesquisas importantes que dependiam do uso de animais. Forçaram laboratórios a desviar milhares de dólares de pesquisa para a compra de equipamento de segurança sofisticado. Pessoas jovens que poderiam procurar uma carreira em pesquisa biomédica estão se mudando para profissões alternativas.

Apesar dos esforços de muitos grupos que lutam para proteger a pesquisa biomédica do ativismo pró-animal em criar propostas para um movimento de propriedade animal, principalmente de caráter defensivo, muitos grupos dentro da comunidade biomédica são hesitantes em levar a público uma discussão com o ativismo animal com medo de represália. Como resultado, os projetos de pesquisa vão sendo apoiados por uma postura defensiva. Suas motivações são questionadas e a necessidade de usar animais em pesquisa é repetidamente desafiada.

Enquanto a pesquisa que envolve animais é necessária para melhorar os cuidados médicos de todas as pessoas, reconhecemos também que se deve assegurar aos animais de pesquisa um tratamento humanitário. Treinamento apropriado para todo pessoal de pesquisa deve ser

prescrito e o cuidado veterinário adequado deve estar disponível. As experiências têm o dever de obedecer às regras ou regulamentos promulgados para orientar a manipulação humana, a guarda, cuidados, tratamento e uso de animais.

As organizações médicas e científicas internacionais têm de desenvolver uma campanha mais firme e mais envolvente para se opor à ameaça crescente da saúde pública posta pelos ativistas animais. Devem ser providas lideranças e coordenação.

A Associação Médica Mundial recomenda os seguintes princípios:

1. O uso animal em pesquisa biomédica é essencial para o progresso médico continuado.
2. A Declaração de Helsinque da AMM requer que a pesquisa biomédica envolvendo assuntos humanos deve ser baseada em experimentação animal, mas também requer que o bem-estar dos animais usados em pesquisa seja respeitado.
3. O tratamento humanitário de animais usados em pesquisa biomédica é essencial.
4. Todas as instalações de pesquisa devem obedecer aos princípios orientados no tratamento humanitário de animais.
5. As Sociedades Médicas devem resistir a qualquer tentativa de negar o uso apropriado de animais em pesquisa biomédica porque tal negação resultaria em prejuízo aos cuidados dos pacientes.
6. Entretanto não devem ser assumidos compromissos contra o elemento ativista anárquico esquecendo o direito do animal.
7. O uso de ameaças, intimidação, violência e molestamento pessoal a cientistas e as suas famílias deve ser condenado internacionalmente.
8. Um máximo de esforço coordenado das agências de execução de direito internacional deve ser buscado para proteger os investigadores e as instalações de pesquisa das atividades de natureza terrorista.

## **DECLARAÇÃO DE HONG KONG (IV) SOBRE MAUS-TRATOS AO ANCIÃO**

*(Adotada pela 41.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Hong Kong, China, em setembro de 1989, e revisada pela 126.ª Sessão do Conselho em Jerusalém, Israel, em maio de 1990)*

Anciãos podem sofrer problemas patológicos, como perturbações motoras e psíquicas ou desordens de orientação. Como resultado de tais problemas, esses pacientes podem requerer ajuda de outras pessoas para suas atividades diárias e, em troca disso, desenvolver um estado de dependência. As famílias deles e a comunidade podem considerar tal situação um fardo pesado e limitar os cuidados e os serviços ao ancião ao mínimo. É sobre esse ângulo que o assunto de maus-tratos ao ancião deve ser considerado.

Maus-tratos ao ancião podem ser manifestados de várias maneiras, como abuso físico, psicológico, financeiro, material, médico ou por negligência. As variações de definição de abuso ao ancião criam dificuldades reais ao se comparar a natureza das causas dos achados e do próprio problema. Várias hipóteses preliminares são propostas na etiologia do abuso ao ancião: dependência de outros para prover serviços; falta de afeto familiar; violência familiar; falta de recursos financeiros; desvios psicopatológicos do abusador; falta de apoio da comunidade e fatores institucionais, como baixo salário e parcas condições de assistência, que contribuem com atitudes omissas de vigilância, resultando em negligência para com o ancião.

O fenômeno do abuso ao ancião é crescente e reconhecido por entidades médicas e serviços sociais. Médicos representam um papel proeminente no movimento de abuso contra a criança, definindo e divulgando o problema, e amoldando-o a uma política pública. No entanto, somente mais recentemente o abuso ao ancião chamou a atenção da profissão médica. O primeiro passo para prevenir o abuso e a negligência ao ancião é aumentar os níveis de conhecimento e de consciência entre os médicos e outros profissionais de saúde. Uma vez identificados os indivíduos e as famílias de alto risco, os médicos devem participar da prevenção primária dos maus-tratos, fazendo denúncias à comunidade e aos centros de serviços sociais. Os médicos também podem participar, ao promover diretamente apoio e informação sobre as situações de alto risco para os pacientes e suas famílias.

A Associação Médica Mundial adota os seguintes Princípios Gerais relativos aos maus-tratos ao ancião.

### **Princípios gerais**

1. O ancião, como os outros seres humanos, tem os mesmos direitos de se preocupar a respeito do seu bem-estar.
2. A Associação Médica Mundial reconhece que é de responsabilidade dos médicos ajudar na prevenção aos maus-tratos físicos e psicológicos de pacientes anciãos.
3. Os médicos, ao consultarem diretamente um ancião em instituições ou em casas familiares, devem observar se ele recebe o melhor cuidado possível.
4. Se, em termos desta Declaração, os médicos verificarem ou suspeitarem de mau tratamento, eles discutirão a situação com essas pessoas, seja em instituições ou em família. Se o mau tratamento é confirmado ou a morte é considerada suspeita, eles informarão às autoridades pertinentes.
5. Garantir proteção ao ancião em qualquer ambiente e sem nenhuma restrição ao direito de ele escolher livremente seu médico. As Associações Médicas Nacionais se esforçarão para garantir aquela escolha e se ela é preservada dentro do sistema médico-social. A Associação Médica Mundial também faz as seguintes recomendações aos médicos envolvidos em tratamento de anciãos e deseja que todas as Associações Médicas Nacionais divulguem esta Declaração aos seus membros e ao público.

## **Recomendações**

Os médicos envolvidos em tratamento de anciãos devem: – identificar o ancião que pode ter sido maltratado ou negligenciado; – considerar objetivas as ações judiciais; – tentar estabelecer ou manter uma aliança terapêutica com a família (frequentemente o médico é o único profissional que mantém contato a longo prazo com o paciente e a família); – fazer relatório de tudo o que suspeitarem em casos de maus-tratos ou negligência de ancião conforme os estatutos locais; – estimular a criação ou o uso de recursos encorajadores da comunidade, em instituições, casas de repouso, assim como a redução da tensão entre famílias de alto risco.

## **DECLARAÇÃO DE LISBOA (I)**

*(Sobre a participação de médicos na pena de morte)*

*(Adotada pela 34.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, setembro/outubro de 1981)*

FICOU RESOLVIDO que a Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial endossa a ação da Secretaria-Geral que emitiu documento à imprensa em nome da Associação Médica Mundial condenando a participação de médicos em pena de morte.

FICOU RESOLVIDO também que é antiético médicos participarem em pena de morte, embora isto não impeça que médicos certifiquem a morte.

FICOU RESOLVIDO também que o Comitê de Ética Médica manterá esse assunto sob permanente consideração.

COMUNICADO DA SECRETARIA-Geral À IMPRENSA

Ferney-Voltaire, França, 11 de setembro de 1981.

A primeira execução de pena de morte por injeção intravenosa de uma dose mortal de medicamento deve efetuar-se na próxima semana por decisão do Tribunal do Estado de Oklahoma, Estados Unidos.

Qualquer que seja o tipo de pena capital imposta por um Estado, não se pode exigir que o médico participe dela. O médico está dedicado à preservação da vida.

Agir como um verdugo não faz parte da prática médica e não se pode pedir os serviços de médico para executar uma pena capital ainda quando o método use produtos farmacológicos ou equipamentos que, em outras circunstâncias, possam ser utilizadas no exercício médico.

O médico só pode certificar a morte uma vez que o Estado tenha decidido executar a pena capital.

## **DECLARAÇÃO DE LISBOA (II)**

*(Sobre os direitos do paciente)*

*(Adotada pela 34.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, setembro/outubro de 1981, e emendada pela 47.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, setembro de 1995)*

### **Preâmbulo**

A relação entre médicos, pacientes e sociedade sofreu mudanças significativas nos tempos atuais. Enquanto o médico sempre deve agir de acordo com sua consciência e sempre nos melhores interesses do paciente, igual esforço deve ser feito no sentido de garantir os princípios da justiça e da autonomia ao paciente. A presente Declaração representa alguns dos principais direitos do paciente que a profissão médica endossa e promove. Os médicos e outras pessoas ou entidades envolvidas na provisão de cuidados de saúde têm uma responsabilidade conjunta para reconhecer e apoiar estes direitos. Sempre que a legislação, a ação governamental ou qualquer outra entidade ou instituição negue aos pacientes estes direitos, os médicos devem procurar os meios apropriados para assegurar ou restabelecer tais direitos.

No contexto da pesquisa biomédica que envolve interesses humanos – inclusive na pesquisa biomédica e terapêutica – o assunto é vinculado aos mesmos direitos e à mesma consideração de qualquer paciente em uma situação normal de tratamento.

### **Princípios**

1. Direito a cuidados médicos de boa qualidade. (a) Toda pessoa é intitulada sem discriminação para destinar cuidados médicos. (b) Todo paciente tem o direito a se preocupar em ter um médico que ele conhece para ser livre de fazer juízos clínicos e éticos sem qualquer interferência externa. (c) O paciente sempre será tratado conforme seus melhores interesses. O tratamento aplicado estará conforme os princípios médicos geralmente aprovados. (d) A garantia da qualidade sempre deve ser uma parte dos cuidados de saúde. Médicos, em particular, devem aceitar a responsabilidade de ser os guardiões da qualidade de serviços médicos. (e) Em circunstâncias onde deve ser feita escolha entre pacientes para um tratamento especial e limitado, todos os outros pacientes devem estar cientes de que a seleção daquele procedimento foi feita de forma justa para aquele tratamento. Aquela escolha deve estar baseada em critério médico e tem de ser feita sem discriminação. (f) O paciente tem o direito de continuidade dos cuidados de saúde. O médico tem uma obrigação de cooperar na coordenação de cuidados médicos indicados com outros provedores de cuidados de saúde que tratam do paciente. O médico não pode suspender o tratamento de um paciente sem oferecer um tratamento adicional indicado, sem dar a ajuda razoável ao paciente e sem dar oportunidade

suficiente para fazer arranjos alternativos para a assistência.

2. Direito de escolher seu médico. (a) O paciente tem o direito de escolher livremente o médico de sua confiança no hospital ou na instituição de serviços de saúde, seja ele do setor privado ou público. (b) O paciente tem o direito de pedir a opinião de outro médico em qualquer fase do tratamento.

3. Direito à autodeterminação. (a) O paciente tem o direito à autodeterminação e tomar livremente suas decisões. O médico informará o paciente das consequências de suas decisões; (b) Um paciente adulto mentalmente capaz tem o direito de dar ou retirar consentimento a qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico. O paciente tem o direito à informação necessária e tomar suas próprias decisões. O paciente deve entender qual o propósito de qualquer teste ou tratamento, quais as implicações dos resultados e quais seriam as implicações do pedido de suspensão do tratamento; (c) O paciente tem o direito de recusar participar em pesquisa ou em ensaio de medicamento.

4. O paciente inconsciente. (a) Se o paciente está inconsciente ou, em caso contrário, impossibilitado de se expressar, seu consentimento informado deve ser obtido sempre que possível de um representante legalmente indicado ou legalmente pertinente. (b) Se um representante legalmente indicado não está disponível, mas se uma intervenção médica é necessitada urgentemente, o consentimento do paciente pode ser presumido, a menos que seja óbvio e além de qualquer dúvida, com base em expressão de convicção prévia e firmada pelo paciente ou que em face de sua convicção ele recusaria o consentimento à intervenção naquela situação. (c) No entanto, os médicos sempre devem tentar salvar a vida de um paciente inconsciente quando devido a uma tentativa de suicídio.

5. O paciente legalmente incapaz. (a) Se o paciente é menor ou legalmente incapaz, o consentimento será requerido a um representante legalmente responsável. Todavia, o paciente deve ser envolvido na decisão tanto mais quanto seja permitida sua capacidade de entender. (b) Se um paciente legalmente incapaz pode tomar decisões racionais, devem ser respeitadas suas decisões e ele tem o direito de proibir a revelação de informação que foi outorgada pelo seu representante legal. (c) Se o representante legalmente indicado ou uma pessoa autorizada pelo paciente proibir tratamento que, na opinião do médico, é do melhor interesse do paciente, o médico deve se opor a esta decisão da representação legal ou de outra pertinente. No caso de emergência, o médico agirá no melhor interesse do paciente.

6. Procedimentos contra a vontade do paciente. Meio de diagnóstico ou de tratamento contra a vontade do paciente só pode ser efetivado em casos excepcionais, se especificamente permitido através de lei e em conformidade com os princípios da ética médica.

7. Direito à informação. (a) O paciente tem o direito de receber informação sobre as anotações em qualquer de seus registros médicos e de ser informado integralmente sobre o estado de sua saúde, inclusive dos fatos médicos sobre sua condição. (b) Excepcionalmente pode ser negada informação ao paciente quando existir uma boa razão para acreditar que esta informação criaria um risco sério para sua vida ou sua saúde. (c) A informação deve ser dada de maneira apropriada à sua cultura e de tal forma que o paciente possa entender. (d) O paciente tem o direito a não ser explicitamente informado a seu respeito, a menos que isso colocasse em risco a proteção da vida de outra pessoa. (e) O paciente tem o direito de escolher qual dos seus familiares deve ser informado.

8. Direito à confidencialidade. (a) Tudo que for identificado sobre o estado de saúde de um paciente – condição médica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e toda informação do pessoal – deve ser mantido em sigilo até mesmo depois da sua morte. Excepcionalmente, descendentes podem ter o direito de acesso à informação que os alertaria sobre riscos de sua saúde. (b) Uma informação confidencial só pode ser descoberta se o paciente dá consentimento explícito ou se isso está expressamente constando na lei. Só pode ser descoberta a informação a outros provedores de cuidados de saúde estritamente com base no “precisa saber”, a menos que o paciente dê esse consentimento de forma explícita. (c) Todos os dados identificáveis do paciente devem ser protegidos. (d) A proteção dos dados deve ser feita de acordo com seu arquivamento apropriado. (e) Devem ser protegidas estruturas humanas das quais podem ser derivados dados igualmente identificáveis.

9. Direito à educação de saúde. (a) Toda pessoa tem o direito à educação de saúde que ajudará suas informações nas escolhas sobre saúde pessoal e sobre os serviços de saúde disponíveis. (b) A educação deverá incluir informação sobre estilos de vida saudáveis e sobre métodos de prevenção e descoberta precoce de enfermidades. (d) Médicos têm obrigação de participar ativamente em esforços educacionais.

10. Direito à dignidade. (a) O paciente tem direito à privacidade e será respeitado a toda hora com ensino e cuidados médicos. (b) O paciente terá ajuda ao que ele sofre de acordo com o estado atual de conhecimento. (c) O paciente tem o direito a cuidado terminal humanitário, ser provido com toda ajuda disponível e sua morte será tão digna e confortável quanto possível.

11. Direito à assistência religiosa. O paciente tem o direito de receber ou recusar conforto espiritual e moral, inclusive com a assistência de ministro da sua religião.

## **DECLARAÇÃO DE LISBOA (III)**

*(Sobre cuidados de saúde em medicina esportiva)*

*(Adotada pela 34.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, setembro/outubro de 1981, e emendada pela 39.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Madrid, Espanha, outubro de 1987, e pela 45.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Budapeste, Hungria, outubro de 1993.)*

A Associação Médica Mundial traçou e recomendou as seguintes diretrizes éticas aos médicos a fim de satisfazer as necessidades dos desportistas ou atletas e as circunstâncias especiais nas quais o cuidado médico e a orientação de saúde são exigidos.

Por conseguinte, 1. Os médicos que tratam de desportistas ou atletas têm uma responsabilidade ética no reconhecimento das demandas físicas e mentais especiais existentes em seus desempenhos quando em atividade. 2. Quando o participante de um esporte é uma criança ou um adolescente, o médico tem de primeiro considerar a sua fase de desenvolvimento. 2.1. O médico tem de assegurar o estado de

crescimento e desenvolvimento da criança, como também as condições gerais de saúde capazes de absorver os rigores do treinamento e da competição sem comprometer o normal desenvolvimento físico ou mental da criança ou adolescente. 2.2. O médico tem de se opor a qualquer modalidade esportiva ou atividade atlética que não são apropriadas à fase de crescimento e desenvolvimento da criança ou a condição geral de sua saúde. O médico tem que agir no melhor interesse da saúde da criança ou do adolescente, sem levar em conta outro interesse ou pressão de qualquer natureza. 3. Quando o participante de esporte é desportista ou atleta profissional e depende daquela atividade, o médico deve ter a devida consideração aos aspectos médicos e profissionais envolvidos. 4. O médico deve se opor ao uso de qualquer método que não esteja de acordo com a ética profissional ou que possa ser prejudicial especialmente ao desportista ou atleta, como: 4.1. procedimentos que modificam artificialmente os componentes do sangue ou da bioquímica; 4.2. uso de drogas ou outras substâncias de qualquer categoria ou tipo de administração, inclusive estimulantes ou depressores do sistema nervoso central ou procedimentos que artificialmente modificam reflexos; 4.3. indução de alterações de perspectiva de alterar o estado mental; 4.4. procedimentos para mascarar a dor ou outros sintomas protetores que permitia o desportista ou atleta participar de eventos quando lesões ou sinais estão presentes e fazem a sua participação desaconselhada; 4.5. medidas que artificialmente mudam as características apropriadas do envelhecimento e do sexo. 4.6. treinamento e participação de eventos quando isto não seria compatível com a preservação da aptidão da saúde ou da segurança do indivíduo; 4.7. medidas que apontam para um aumento antinatural ou uma manutenção de desempenho durante competição. Dopar para melhorar o desempenho de um atleta é antiético. 5. O médico deve informar ao desportista ou atleta, quando responsável por ele, e a terceiros interessados, das consequências dos procedimentos contra ele em face do uso de *dopping*; listar o apoio de outros médicos e outras organizações com o mesmo sentido, na proteção do desportista ou atleta contra qualquer pressão que poderia induzi-lo a usar estes métodos; e ajudar com a fiscalização contra tais procedimentos. 6. O médico de esporte tem o dever de dar sua opinião objetiva e claramente sobre a aptidão ou incapacidade dos esportistas ou atletas e não deixar nenhuma dúvida sobre as suas decisões. 7. Em competições esportivas competitivas ou eventos profissionais é dever do médico decidir se o desportista ou atleta pode permanecer em campo ou pode sair da competição. Esta decisão não pode ser delegada a outros profissionais ou a outras pessoas. Na ausência do médico estes indivíduos têm que aderir estritamente às instruções dele, prioridade que sempre é dada aos melhores interesses da saúde e da segurança do desportista ou atleta, independente do resultado da competição. 8. O direito de permitir a levar adiante as obrigações éticas do médico de esporte tem a ver com a autoridade dele reconhecida integralmente e apoiar onde quer que estejam os legítimos interesses de segurança e saúde do desportista ou atleta, os quais não podem ser prejudicados em favor dos interesses de terceiros. 9. O médico de esporte deve manter o médico pessoal do atleta completamente informado de fatos pertinentes ao tratamento dele. Se necessário ele deve colaborar com ele para assegurar que o desportista ou o atleta não seja prejudicado na sua saúde e não use técnicas potencialmente prejudiciais na pretensão de melhorar seu desempenho. 10. Em medicina do esporte, como em todas as outras indicações da assistência médica, deve ser observado o sigilo profissional. O direito da privacidade sobre a atenção médica recebida pelo desportista ou pelo atleta deve ser protegido, especialmente no caso de desportistas ou atletas profissionais. 11. O médico de esporte não deve ter qualquer contrato que obrigue reservar formas particulares ou exclusivas de terapia para qualquer desportista ou atleta ou grupo de desportistas sob sua orientação. 12. É desejável que os médicos de países estrangeiros, quando acompanhando uma equipe em outro país, devam desfrutar do direito de levar a cabo suas funções específicas. 13. A participação de um médico de esporte deve sempre constar dos regulamentos esportivos.

## DECLARAÇÃO DE MADRID (I)

*(Sobre AIDS)*

*(Adotada pela 39.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Madrid, Espanha, outubro de 1987)*

Casos confirmados de síndrome da imunodeficiência adquirida (comumente chamada de AIDS) foram constatados em mais de 100 países. É calculado que cinco a dez milhões de pessoas mundialmente estão infectadas com o vírus da AIDS e potencialmente capazes de transmitir a doença. Todas as Associações Médicas Nacionais e todos os médicos têm que compartilhar do seu conhecimento para desenvolver estratégias no sentido de conter essa doença até que a cura possa ser achada.

Pelo fato de a AIDS ser uma doença incurável, e predominantemente uma doença sexualmente transmitida (STD), apresenta-se como um assunto muito complexo, além das dificuldades médicas e científicas inerentes à doença. Para ajudar os médicos e as Associações Médicas Nacionais, a Associação Médica Mundial adotou as diretrizes apresentadas nesta Declaração. A AMM também está administrando uma seção científica dedicada ao assunto AIDS a esta 39.ª Assembleia Médica Mundial (1987). A AMM escutará a opinião dos *experts* nessa seção científica, como também a melhor informação que pode ser obtida de *experts* ao redor do mundo, e fará um relatório mais completo desse importante assunto na 40.ª Assembleia Médica Mundial em 1988. Até um relatório mais completo estar disponível, a AMM recomenda o seguinte: 1. As Associações Médicas Nacionais devem participar juntamente com os seus governos desenvolvendo uma política nacional para contender os problemas relacionados à AIDS. 2. As Associações Médicas Nacionais devem participar conjuntamente para o esclarecimento da consciência pública, de programas para educar o público sobre AIDS, e os problemas associados com AIDS que geralmente afetam a sociedade. 3. Que todos os médicos sejam treinados para serem efetivos conselheiros sobre AIDS. Médicos devem aconselhar seus pacientes para os educar sobre comportamentos efetivos de como evitar o risco de AIDS para eles e para os outros. Com referência a esses pacientes que são diagnosticados como soropositivos, os médicos devem aconselhar, considerando efetivamente: (a) comportamento responsável para prevenir a expansão da doença; (b) estratégias para a própria proteção de saúde deles; e (c) a necessidade de alertar para os contatos sexuais, passados e presentes, relativos à possível infecção deles pelo vírus de AIDS. 4. Os testes para o vírus de

AIDS devem estar prontamente disponíveis a todos os que desejam ser testados. Os testes para o vírus de AIDS devem ser requeridos dos doadores de sangue e frações de sangue, órgãos e outros tecidos disponíveis para transplantes, assim como para os doadores de sêmen ou de óvulos selecionados para inseminação artificial ou fertilização *in vitro*. Além de uma política nacional, pode-se promover testes obrigatórios a outros segmentos da população, como pessoal militar, presos de instituições penais e imigrantes. 5. O teste voluntário, com o consentimento informado do paciente, deve estar regularmente disponível às pessoas nas seguintes condições: (a) a todos os pacientes que buscam tratamento para doenças sexualmente transmitidas; (b) a todos os pacientes que buscam tratamento por abuso de droga; (c) às mulheres grávidas no primeiro trimestre de gravidez; (d) aos indivíduos que são de áreas com uma alta incidência de AIDS ou que se ocupem de comportamento de risco em busca de serviços de planejamento familiar; e (e) aos pacientes que requerem procedimentos cirúrgicos ou invasivos. Entretanto, se uma política voluntária não é efetiva, uma exigência obrigatória pode ser considerada. 6. Cada caso confirmado de AIDS deve ser anonimamente identificado a uma autoridade designada para propósitos epidemiológicos. Devem ser informados os indivíduos identificados como soropositivos para o vírus de AIDS, de forma anônima, com bastantes informações, por ser epidemiologicamente significantes. 7. Aos pacientes com AIDS e aos portadores do vírus da AIDS devem ser proporcionados cuidados médicos apropriados, não devendo ser tratados incorretamente ou devendo sofrer discriminação arbitrária ou irracional nas suas vidas cotidianas. Os médicos têm uma longa e honrada tradição de tratar os pacientes portadores de doenças infecciosas com compaixão e coragem. Aquela tradição deve ser mantida durante a epidemia de AIDS. Os médicos e as Associações Médicas Nacionais têm que participar ativamente no desenvolvimento de uma estratégia sã capaz de equilibrar o direito do paciente de ser livre de atos irracionais de preconceito, assim como os direitos de a sociedade ser protegida cuidadosamente contra um risco arrasador dessa doença. 8. Deve ser limitado o acesso de informações do paciente ao pessoal de cuidados de saúde que tem necessidade legitimada dessas informações como forma de ajudar o paciente ou proteger a sua saúde pela proximidade com esses pacientes. Deve ser protegida a identidade dos portadores e pacientes de AIDS, excluindo a revelação onde a saúde da comunidade requer caso contrário. 9. Deve ser desenvolvido um método para advertir o(s) parceiro(s) sexual(is) que não desconfia(m) de um indivíduo infectado, pois enquanto se protege a confiança da informação do paciente é possível a extensão do mal. O método deve dispor de proteção legal adequada aos médicos que levam a cabo a obrigação profissional de advertir os indivíduos do risco. 10. Os dados sobre a prevalência e taxa de conversão do vírus na população devem ser obtidos por estudos fidedignos. Devem ser repetidos tais estudos a intervalos apropriados para medir a expansão da doença.

## **DECLARAÇÃO DE MADRID (II)**

*(Sobre transplantes de órgãos humanos)*

*(Adotada pela 39.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Madrid, Espanha, outubro de 1987)*

A Associação Médica Mundial recomenda as diretrizes seguintes para a orientação de médicos que se ocupam de transplantes de órgãos humanos. 1. A primeira preocupação do médico deve ser a dedicação aos seus pacientes. Devem ser preservados os cuidados e os interesses do paciente em todos os procedimentos médicos e devem ser incluídas nesses os que envolvem o transplante de um órgão de uma pessoa para outra. Devem ser cuidados o doador e o receptor que são pacientes e devem ter seus direitos protegidos. Nenhum médico pode assumir uma responsabilidade em transplante de órgãos a menos que estejam protegidas as prioridades do doador e do receptor. 2. Qualquer que seja o órgão transplantado não se justifica o relaxamento do padrão habitual de cuidado médico. O mesmo padrão de cuidado deve ser aplicado se o paciente é um doador potencial ou não. 3. Quando um órgão for transplantado depois da morte do doador, essa morte será determinada por dois ou mais médicos que não estejam envolvidos no procedimento de transplante. A morte será determinada pelo juízo de cada médico. Fazendo esta determinação, cada médico usará testes científicos atualmente aceitos e os critérios que são consistentes com as exigências éticas e com os padrões profissionais estabelecidos pela Associação Médica Nacional ou por outras organizações médicas apropriadas na comunidade. 4. Sempre que um procedimento experimental de transplante de órgão animal ou órgão artificial está sendo considerado, o médico deve obedecer às recomendações contidas na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial, que contém orientações aos médicos sobre pesquisa biomédica que envolve assuntos humanos. 5. O procedimento proposto para o doador e para receptor deve ser discutido obrigatoriamente com seus respectivos parentes ou com seus representantes legais respectivos. O médico deve ser objetivo quando discutir o procedimento, mostrando os riscos conhecidos e os possíveis perigos, e aconselhando sobre procedimentos alternativos disponíveis. O médico não deve encorajar expectativas além das que as circunstâncias justificam. O interesse de o médico avançar o conhecimento científico sempre deve ser secundário à preocupação principal com o seu paciente. Sempre deve ser obtido o consentimento livre e informado. 6. Só devem ser empreendidos procedimentos de transplante de órgãos humanos: (a) por médicos que possuam conhecimentos médicos especiais e competência técnica desenvolvidos por estudo e prática em treinamento especial e (b) em instituições médicas com instalações adequadas para transplante de órgão. 7. Transplantes de órgãos do corpo só devem ser empreendidos depois de avaliação cuidadosa da disponibilidade e da avaliação de outra possível terapia. 8. São condenadas a compra e a venda de órgãos humanos para transplante.

## **DECLARAÇÃO DE MADRID (III)**

*(Sobre aconselhamento genético e engenharia genética)*

A Associação Médica Mundial adotou a presente Declaração para ajudar os médicos com os assuntos éticos e profissionais que surgem dos avanços científicos no campo da genética.

#### **Aconselhamento Genético**

Há duas áreas principais de diagnose genética: 1. Selecionando ou avaliando os pais antes de concepção sobre doença genética, predizendo a probabilidade de conceber uma criança afetada; 2. Exames intrauterinos depois da concepção como ultrassonografia, amniocentese e fetoscopia para determinar a condição do feto. Os médicos envolvidos com aconselhamento genético estão eticamente obrigados a prevenir os pais sobre problemas com a criança que vai nascer. Provendo os pais de informações, os médicos devem aderir às exigências éticas e aos padrões profissionais da prática médica na comunidade, como estabelecem a AMM, as Associações Médicas Nacionais e outras organizações médicas apropriadas.

Os progressos tecnológicos melhoraram a precisão de predizer e descobrir desordens genéticas. Quando um defeito genético é encontrado no feto, os pais podem pedir ou não o aborto. Os médicos, por razões morais e pessoais, podem ou não se opor à prática da contracepção, da esterilização ou do aborto como parte dos serviços de aconselhamento genético. Os médicos devem evitar a imposição de seus valores morais e pessoais diante da aceitação ou da recusa deles a tais condutas, nem devem se contrapor ao julgamento moral deles diante de tais providências.

Os médicos que consideram a contracepção, a esterilização e o aborto em conflito com seus valores morais e sua consciência podem decidir não prover tais serviços genéticos. Todavia, em circunstâncias apropriadas, o médico é obrigado a alertar os pais mesmo que o problema genético seja provável e que o paciente deva buscar aconselhamento genético de um médico especialista.

### **Engenharia Genética**

Como a pesquisa em engenharia genética se desenvolve rapidamente, deve-se orientar de forma adequada a comunidade científica, a indústria de medicamentos, o governo e o público para regulamentar tais pesquisas.

A partir do momento em que a inclusão de gene com DNA normal se torna uma realidade prática no tratamento de desordens humanas, a Associação Médica Mundial deseja que sejam considerados os seguintes fatores:

1. Os procedimentos devem ser executados de acordo com as referências feitas na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial sobre pesquisa biomédica que envolve seres humanos.
2. Deve haver uma ampla discussão sobre os procedimentos propostos para o paciente.
3. O consentimento do paciente deve ser requerido.
4. O consentimento informado do paciente ou do seu representante legal dele ser voluntário e por escrito.
5. O DNA inserido tem de funcionar sob controle normal dentro de recipientes e procedimentos normais para prevenir dano metabólico que possa danificar tecido saudável do paciente.
6. A efetiva terapia do gene deve ser avaliada tanto melhor quanto possível. Isto incluirá a confirmação da história real da doença e o exame de seguimento das gerações subsequentes.
7. Tais empreendimentos só devem ser realizados no futuro, depois de uma avaliação cuidadosa e da disponibilidade efetiva de outra possível terapia. Se um tratamento mais simples e mais seguro está disponível, deve ser feito.
8. Estas considerações, sobre procedimentos e informações científicas, devem ser revisadas no futuro.

## **DECLARAÇÃO DE MALTA (I)**

*(Sobre pessoas em greve de fome)*

*(Adotada pela 43.ª Assembleia Médica Mundial em Malta, novembro de 1991, e revisada pela 44.ª Assembleia Médica Mundial, em Marbella, setembro de 1992)*

#### **Preâmbulo**

1. Ao médico que trata os grevistas de fome são colocadas as seguintes recomendações:

1.1. Há uma obrigação moral em todo ser humano de respeitar a santidade da vida. Isto é especialmente evidente no caso de um médico que exercita suas atividades para salvar a vida e também na condução em favor dos melhores interesses dos pacientes (beneficência).

1.2. É dever do médico respeitar a autonomia que o paciente tem como pessoa. O médico requer consentimento informado dos seus pacientes antes de praticar suas atividades em favor deles mesmos para os ajudar, a menos que surja uma circunstância de emergência, na qual o médico tenha de agir em favor dos maiores interesses do paciente.

2. Este conflito é aparente quando um grevista de fome que emitiu instruções claras para não ser ressuscitado em um coma estivesse a ponto de morrer. A obrigação moral é de que o médico trate o paciente, embora isso seja contra os seus desejos. Por outro lado, exige-se também que o médico respeite até certo ponto a autonomia do paciente.

2.1. A atuação em favor da intervenção pode comprometer a autonomia que o paciente tem sobre si.

2.2. A atuação em favor da não assistência pode resultar em uma situação que o médico tenha de enfrentar a tragédia de uma morte evitável.

3. Diz-se que uma relação médico-paciente está existindo sempre que o médico estiver assistindo, em virtude da obrigação que ele tem de atender o paciente, exercendo suas atividades para qualquer pessoa, seja isto na forma de conselho ou tratamento.

Esta relação pode existir mesmo que o paciente não tenha consentido certas formas de tratamento ou intervenção.

Uma vez que o médico concorda em assistir um grevista de fome, essa pessoa se torna seu paciente. Isto traz todas as implicações e responsabilidades inerentes à relação médico-paciente, inclusive sobre consentimento e confidência.

4. A última decisão de intervenção ou não intervenção deve partir do próprio indivíduo, sem a intervenção de terceiros simpatizantes cujo interesse principal não é o bem-estar do paciente. Porém, o médico deve dizer claramente ao paciente se ele aceita ou não aquela decisão de recusar tratamento ou, no caso de coma, a alimentação artificial, arriscando-se assim a morrer. Se o médico não aceita a decisão do paciente de recusar tal ajuda, o paciente seria autorizado a ser assistido por outro médico.

### **Diretrizes para a Administração de Grevistas de Fome**

Levando em conta que a profissão médica considera que o princípio da santidade da vida é fundamental à sua prática, são recomendadas aos médicos que tratam dos grevistas de fome as diretrizes práticas a seguir:

#### 1. Definição

O grevista de fome é uma pessoa mentalmente capaz que decidiu entrar em uma greve de fome e recusou tomar líquidos e/ou alimentos por um intervalo significativo.

#### 2. Itinerário Ético

2.1. O médico deve ter a história médica detalhada do paciente quando possível.

2.2. O médico deve levar a cabo um exame completo do paciente em greve de fome.

2.3. Os médicos ou outros profissionais de saúde não devem exercer pressão imprópria de qualquer tipo ao grevista de fome para suspender a greve. O tratamento ou os cuidados em favor do grevista de fome não deve ser condicionado à suspensão da greve de fome que ele vem fazendo.

2.4. O grevista de fome deve ser profissionalmente informado pelo médico das consequências clínicas de uma greve de fome, e de qualquer perigo específico para o seu caso particular. Uma decisão informada só pode ser tomada na base de comunicação clara. O intérprete pode ser usado se ele indicar.

2.5. Se um grevista de fome desejar ter uma segunda opinião médica, isto deve ser concedido. Se um grevista de fome preferir continuar o tratamento dele pelo segundo médico, isto também deve ser permitido. No caso de o grevista ser prisioneiro, isto deve ser permitido depois de consulta e permissão do médico designado pela prisão.

2.6. No tratamento de infecções é aconselhável que o paciente aumente a ingestão de líquidos (ou aceite soluções salinas intravenosas), o que é frequentemente aceito pelo grevista de fome. Uma recusa para aceitar tal intervenção não deve prejudicar qualquer outro aspecto do cuidado de saúde do paciente. Qualquer tratamento administrado ao paciente deve ser feito com a aprovação dele.

#### 3. Instruções Claras

O médico deverá averiguar diariamente se o paciente deseja continuar com a greve de fome. O médico também deve averiguar diariamente quais os desejos do paciente com respeito ao tratamento se ele ficar impossibilitado de tomar uma decisão consciente. Estes achados devem ser registrados nos prontuários e mantidos confidencialmente.

#### 4. Alimentação Artificial

Quando o grevista de fome estiver confuso ou então impossibilitado de tomar uma decisão incólume ou entrar em estado de coma, o médico estará livre para tomar uma decisão em favor do tratamento adicional que ele considere ser do melhor interesse do paciente e sempre levando em conta a decisão que ele tomou durante a greve de fome, levando em conta o que consta do preâmbulo desta Declaração.

#### 5. Coerção

Deve ser evitada qualquer ação coercitiva contra o grevista de fome. Isto pode indicar a remoção do grevista da presença do assédio de outros grevistas da sua categoria.

#### 6. A Família

O médico tem a responsabilidade de informar à família do paciente que o mesmo entrou numa greve de fome, a menos que isto especificamente seja proibido pelo paciente.

## **DECLARAÇÃO DE MALTA (II)**

*(Sobre a 5.ª Conferência da AMM em educação médica continuada)*

*(Adotada pela 43.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Malta, novembro de 1991)*

Educação médica é uma quantidade contínua de aprendizagem que começa com admissão na escola médica e termina com a

aposentadoria da atividade prática. Como tal deve ser a preocupação principal de todas as Associações Médicas Nacionais e da Associação Médica Mundial.

As Associações Médicas em todos os países devem se dedicar na promoção de recursos necessários e na qualidade da orientação da educação médica. Isto deve ser feito no contexto de aulas apropriadas e com acesso à faculdade e instalações adequadas.

Enfocando o apoio público por educação médica profissional, as associações médicas em todos os países devem estar intensamente atentas às necessidades, opiniões, expectativas e dignidade pessoal dos seus cidadãos.

Como resultado das deliberações da 5.<sup>a</sup> Conferência Mundial em Educação Médica, a Associação Médica Mundial declara a seguinte:

- A meta de educação médica deve ser formar médicos competentes e éticos que respeitem seus compromissos na relação de médico-paciente.
- Os elementos da competência têm que incluir conhecimento, habilidades, valores, comportamentos éticos que resulte na qualidade do cuidado preventivo e curativo dos pacientes individuais e da comunidade.
- O ensino da ética no cuidado de paciente é inseparável e essencial para alcançar a meta de competência do médico.
- O currículo deve ser desenvolvido de forma que produza e mantenha o médico competente e cujas habilidades transcendam os limites internacionais.
- Internacionalmente deve-se unificar os métodos de avaliar a competência profissional e desempenho, devendo ser aplicados em estudante universitário que está formando e na educação médica continuada.
- Livre intercâmbio internacional de experiência profissional deve ser feito sobre problemas epidemiológicos e públicos de saúde, orientando o desenvolvimento de políticas públicas, a educação de médico e o público.
- Devem ser estabelecidos padrões de qualidade internacional para a avaliação de programas educacionais continuados.
- Deve ser incorporada a educação ao longo da vida do médico como uma responsabilidade moral no código internacional de ética dos médicos.
- As Associações Médicas em todos os países devem estar prontas para responder às ameaças à continuidade da educação médica.
- A efetividade, segurança e aplicações de tecnologias novas devem ser apressadamente identificadas e devem se integrar na educação médica continuada.

## DECLARAÇÃO DE MANILA

*(Projeto conjunto da Organização Mundial da Saúde e do Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, Manila, 1981)*

### Preâmbulo

Toda inovação na prática médica supõe uma boa compreensão dos processos fisiológicos e patológicos em questão e deve, necessariamente, ser tentada, inicialmente, sobre seres humanos. É neste sentido que é empregada a expressão “pesquisa envolvendo a participação de seres humanos”.

O campo destas pesquisas é vasto, já que cobre:

- os estudos do processo fisiológico, bioquímico ou patológico, ou a resposta a uma intervenção dada – física, química ou psicológica frente a seres sãos ou doentes sob tratamento;
- as experiências controladas com finalidade prospectiva de medidas diagnósticas, profiláticas ou terapêuticas em grupos mais importantes de doentes, com vistas a colocar em evidência uma resposta dada, sobre um último plano de flutuações biológicas individuais.

No plano das presentes diretivas, a pesquisa implicando a participação de seres humanos pode ser definida da seguinte maneira:

- todo o estudo implicando a participação de seres humanos e dirigido ao progresso dos conhecimentos biomédicos que não pode ser considerado como um elemento da conduta terapêutica ou da prática da saúde pública e que implica:

- quer uma intervenção ou uma avaliação física ou psicológica;
- quer a geração, a armazenagem e a análise de processos contendo informações biomédicas sobre indivíduos identificáveis.

Estes estudos englobam não somente as intervenções previstas sobre seres humanos, mas também pesquisas nas quais os fatores do meio ambiente são manipulados de forma a poder constituir um risco aos indivíduos expostos fortuitamente.

As presentes diretivas referem-se aos estudos de campo que tratam dos organismos patógenos e aqueles que dizem respeito às substâncias químicas tóxicas exploradas com fins médicos. Riscos análogos surgem nas pesquisas dirigidas a outros objetivos, mas a pesquisa extramédica não entra no plano deste documento.

A pesquisa implicando a participação de seres humanos deveria ser conduzida exclusivamente por pesquisadores possuindo as qualificações e as experiências desejadas, de acordo com um protocolo experimental expondo claramente: o objetivo da pesquisa, as razões pelas quais propõem-se efetuar as experiências sobre seres humanos, a natureza e o grau de riscos conhecidos, as fontes às quais se propõem recrutar seres, e os meios visados para garantir que seu consentimento seja livremente manifestado.

O protocolo deverá ser avaliado sobre um duplo plano, científico e ético, por um organismo de apreciação convenientemente constituído e independente dos pesquisadores.

As diretivas aqui propostas não contêm nada que já não tenha sido publicado, sob uma forma ou outra, em certos países. Elas foram especialmente concebidas em função das necessidades dos países em desenvolvimento e levaram em consideração respostas obtidas através de um questionário endereçado a 45 administrações sanitárias nacionais e 91 faculdades de medicina de países onde a pesquisa médica envolvendo a participação de seres humanos só foi levada a efeito numa escala limitada e na ausência de critérios nacionais explícitos para proteger estes seres. No total, 60 países em desenvolvimento responderam às perguntas formuladas no questionário.

1. A primeira declaração internacional sobre a pesquisa envolvendo seres humanos é o Código de Nuremberg, de 1947, resultado do processo dos médicos acusados de terem praticado experiências cruéis sobre prisioneiros e detentos, durante a Segunda Guerra Mundial. O Código acentua a necessidade toda especial sobre o “consentimento voluntário” (consentimento livre, esclarecido, é, atualmente, a expressão empregada) do sujeito, considerado como “absolutamente essencial”.

2. Em 1964, a Associação médica mundial adotou, durante a 18.<sup>a</sup> Assembleia Médica Mundial, a Declaração de Helsinque, constituída por um conjunto de regras destinado a orientar os médicos que desenvolviam pesquisa clínica, com fins terapêuticos ou não. Na 29.<sup>a</sup> Assembleia Médica Mundial, ocorrida em 1975, a Associação reviu esta Declaração de Helsinque e alargou o campo de análise para ali incluir: “A pesquisa biomédica sobre o ser humano deverá estar submetida a um comitê independente, designado especialmente para este fim, através de opiniões e conselhos” (artigos 1 e 12); e dispôs ainda que relatórios sobre “experiências não conformes aos princípios enunciados nesta declaração não deverão ser publicados” (artigos 1 e 8).

3. O Código de Nuremberg e a Declaração inicial de Helsinque de 1964 foram substituídos por Helsinque II, cujo texto integral segue em anexo. É o documento fundamental neste setor e foi largamente aceito como tal.

4. As presentes diretivas levam em consideração a distinção feita na Declaração Helsinque II, entre a pesquisa médica associada a cuidados profissionais (pesquisa clínica) e a pesquisa biomédica não terapêutica (não clínica).

5. Se os princípios gerais enunciados na Helsinque II podem ser considerados como universalmente válidos, o seu modo de aplicação em circunstâncias especiais deve necessariamente variar. O objetivo das presentes diretivas não é o de retomar ou emendar estes princípios, mas sugerir como podem ser aplicados em condições que são encontráveis em numerosos países em desenvolvimento sobre o plano tecnológico. Elas acentuam em particular os limites do procedimento do consentimento esclarecido e tratam dos problemas próprios da pesquisa relativa às comunidades, mais que aquelas que versam sobre os indivíduos.

#### *Consentimento dos sujeitos*

6. Helsinque II estipula (artigos 1 e 9) que os seres humanos só deverão ser utilizados na pesquisa médica após a obtenção de seu “consentimento livre e esclarecido”, após os haver informado, de forma adequada, sobre “os objetivos, métodos, benefícios antecipados, assim como os riscos potenciais” da experiência, e que eles são livres de se abster ou rever sua posição a qualquer momento. Considerado em si mesmo, entretanto, o consentimento esclarecido constitui uma salvaguarda imperfeita para o sujeito e deverá sempre ser completada por um exame ético independente dos projetos de pesquisa. Além do mais, há numerosos indivíduos, especialmente as crianças, os adultos mentalmente doentes ou deficientes e as pessoas totalmente ignorantes dos conceitos médicos modernos, que são incapazes de manifestar um consentimento adequado e cujo consentimento implica uma participação passiva e sem compreensão. Para estes grupos, em particular, o exame ético independente é imperativo.

#### *Crianças*

7. As crianças não devem nunca participar como sujeitos em pesquisas que se podem realizar igualmente em adultos. Entretanto, sua participação é indispensável nas pesquisas sobre doenças infantis e nas patologias nas quais as crianças são particularmente vulneráveis. O consentimento de um parente ou de um tutor legal, após explicação profunda dos objetivos da experiência e dos riscos ou inconvenientes possíveis, é sempre necessário.

8. Na medida do possível e em função da idade, procurar-se-á a cooperação voluntária da criança após a ter francamente informado das dificuldades ou inconvenientes possíveis. Pode-se presumir que as crianças mais velhas são capazes de dar um consentimento esclarecido, de preferência completado pelo consentimento do pai ou do tutor legal.

9. As crianças não deverão em nenhum caso participar como sujeitos em pesquisas que não redundem em nenhuma vantagem potencial para elas, a menos que o objetivo seja elucidar as condições fisiológicas ou patológicas próprias à pré-infância e à infância.

#### *Mulheres grávidas e mães em aleitamento*

10. Embora a obtenção do consentimento inequívoco não crie nenhum problema especial no caso de mulheres grávidas e de mães em aleitamento, elas não deverão, em nenhum caso, ser sujeitos de pesquisas desprovidas de finalidade terapêutica e comportando uma possibilidade de risco para o feto ou o recém-nascido, a menos se se tratar de elucidar problemas vinculados à gravidez ou à lactação. A pesquisa terapêutica é admissível unicamente para melhorar a saúde da mãe sem prejuízo da saúde do feto ou do bebê, para aumentar a viabilidade do feto, ou para favorecer o bom desenvolvimento do bebê, ou a aptidão da mãe em alimentá-lo.

No que diz respeito às pesquisas dirigidas à interrupção da gravidez, a questão depende da legislação nacional, assim como dos princípios religiosos e culturais, e não pode, pois, ser objeto de uma recomendação internacional.

#### *Doentes mentais e deficientes mentais*

11. As considerações éticas aplicáveis nos doentes mentais e aos deficientes mentais são, na sua essência, semelhantes àquelas que valem para as crianças. Eles não deverão nunca ser sujeitos de pesquisas que podem muito bem ser efetuadas em adultos com plena posse de suas faculdades intelectuais; mas eles são evidentemente únicos sujeitos dos quais se dispõe para pesquisar as origens e tratamento da doença ou da deficiência mental.

12. A concordância da família próxima – esposo, pais, crianças, adultos, irmãos e irmãs – deverá ser procurada; mas seu valor pode ser colocado em dúvida pelo fato de que as pessoas mentalmente desequilibradas ou deficientes são frequentemente consideradas pela sua família como um fardo incômodo. No caso de um sujeito que foi colocado *ex officio* em uma instituição por julgamento do Tribunal, pode ser necessário obter a concordância da autoridade judiciária antes de o submeter a uma experiência.

#### *Outros grupos sociais vulneráveis*

13. O valor do consentimento de candidatos que principiam ou ocupam um lugar subalterno em um grupo fortemente hierarquizado merece um exame cuidadoso, tendo-se em vista que ele pode ser indevidamente influenciado pela expectativa, justificada ou não, de vantagens fortuitas. É o caso, por exemplo, dos estudantes de medicina e dos alunos enfermeiros, dos laboratoristas e do pessoal hospitalar subalterno, dos assalariados da indústria farmacêutica e dos membros das Forças Armadas.

#### *Sujeitos nas comunidades em desenvolvimento*

14. As comunidades rurais dos países em desenvolvimento podem não estar familiarizadas com os conceitos e as técnicas da medicina experimental. É nestas comunidades que as doenças que não são endêmicas nos países desenvolvidos provocam um pesado tributo de doenças, de incapacidade e de morte. A pesquisa sobre a profilaxia e o tratamento destas doenças é necessário urgentemente, e só pode ser realizada em comunidades de riscos.

15. No caso onde os membros de uma comunidade não podem compreender as implicações da participação em uma experiência como seria necessário, para poder manifestar o seu consentimento inequívoco diretamente aos pesquisadores, é desejável que a decisão de participação ou de abstenção seja obtida através de um chefe respeitado pela comunidade. O intermediário deverá bem especificar que a participação é inteiramente voluntária e que qualquer participante está, a qualquer momento, livre de se abster ou de se retirar da experiência.

#### *Pesquisa em nível comunitário*

16. Nos casos em que a pesquisa é realizada no nível da comunidade, por exemplo, tratamento experimental de abastecimento em água, pesquisa sobre serviço de saúde, testes de novos inseticidas em grande escala, novos agentes profiláticos ou novas vacinas, suprimentos nutricionais ou produtos de substituição – pode-se tornar impossível obter individualmente o consentimento de cada pessoa e a decisão final incumbirá à instância de Saúde Pública responsável.

17. Contudo, todo esforço deverá ser desencadeado para informar a comunidade, objeto da pesquisa, sobre os objetivos da pesquisa, as vantagens esperadas e os eventuais riscos e inconvenientes. Se possível for, os indivíduos que não concordarem deverão ter a possibilidade de não participar. Quaisquer que forem as condições, as considerações éticas e as garantias envolvendo a pesquisa sobre os indivíduos deverão ser aplicadas à comunidade.

#### *Procedimentos de apreciação*

18. As disposições aplicáveis à apreciação da pesquisa relativa aos seres humanos são influenciadas pelas instituições políticas, a organização da prática e da pesquisa médica, bem como o grau de autonomia reconhecido aos pesquisadores.

De qualquer maneira, quaisquer que forem as condições, a sociedade tem a dupla responsabilidade de agir de forma que:

- todos os medicamentos e dispositivos estudados sobre os seres humanos respondam a normas de segurança adequadas;
- as disposições de que Helsinque II sejam aplicáveis em toda pesquisa biomédica relativa aos seres humanos.

#### *Avaliação da inocuidade*

19. O melhor é atribuir a um Conselho Consultivo interdisciplinar, estabelecido em nível nacional, poderes necessários para avaliar a inocuidade e a qualidade dos novos medicamentos e dispositivos destinados a serem utilizados pelo homem. Clínicos, farmacêuticos clínicos, farmacêuticos toxicólogos, anatomopatologistas, farmacêuticos e especialista em estatística podem trazer uma contribuição importante a estas avaliações. Atualmente, numerosos países não dispõem de recursos necessários para avaliar independentemente os dados técnicos conforme os procedimentos e normas considerados indispensáveis em numerosos países desenvolvidos. A curto termo, eles não se poderão munir de meios necessários para assegurar esta função senão promovendo trocas mais eficazes de dados pertinentes em nível internacional.

#### *Comitês de apreciação ética*

20. Não é possível estabelecer uma linha de demarcação nítida entre apreciação científica e ética, pois uma experiência sobre o homem que é sem valor científico é *ipso facto* contrária à ética, na medida em que ela pode expor sem razão os seres a riscos ou inconvenientes. Normalmente, pois os Comitês de apreciação ética consideram ao mesmo tempo os aspectos científicos e os éticos. Se tal Comitê julga uma proposta de pesquisa cientificamente válida, ele examinará se a possibilidade de risco (conhecido ou possível) para o homem é justificável frente à vantagem prevista e, em caso afirmativo, se o procedimento proposto para obter o consentimento inequívoco do mesmo é satisfatório.

21. Em uma administração fortemente centralizada pode-se constituir um comitê nacional encarregado de estudar os protocolos de pesquisa do duplo ponto de vista científico e ético. Nos países nos quais a pesquisa médica não é centralizada, é preferível que os protocolos sejam examinados do ponto de vista ético, em nível local ou regional. As responsabilidades fundamentais dos comitês locais de apreciação ética são de duas ordens:

- verificar se todas as intervenções propostas, em particular a administração de medicamentos ainda em fase de observação, foram avaliadas por um organismo de especialistas competentes que os considerou suficientemente seguros para poderem ser aplicados em seres humanos;
- certificar-se que todos os outros problemas éticos, decorrentes de um protocolo, revelaram uma solução satisfatória tanto em nível de princípios como na prática.

22. Os comitês de apreciação podem ser criados sob a égide de administrações da saúde nacionais ou locais, de conselhos nacionais de pesquisa médica ou de outros organismos médicos de representação nacional. A competência dos comitês locais pode ficar limitada a um estabelecimento de pesquisa determinado ou se estender a toda pesquisa biomédica envolvendo seres humanos em uma zona geográfica específica.

23. Os comitês locais de apreciação são constituídos por pesquisadores aos quais se juntam não especialistas qualificados para representar os valores culturais e morais da comunidade. Para preservar a independência dos pesquisadores é proibido a qualquer membro diretamente interessado numa proposta participar na avaliação.

24. As condições impostas pelos comitês de apreciação deverão ser particularmente severas nos casos em que a pesquisa proposta se refere a crianças, mulheres grávidas, mães em aleitamento, doentes ou deficientes mentais, membros de comunidades em desenvolvimento pouco familiarizados com os conceitos clínicos modernos, ou quando a pesquisa não tem finalidade terapêutica.

#### *Informação exigida dos pesquisadores*

25. Quaisquer que sejam as grandes linhas de procedimento adotadas para a apreciação ética, é necessário estabelecer um protocolo detalhado comportando:

- uma exposição clara dos objetivos levando em consideração o estado atual de conhecimentos e uma justificação da conduta do estudo sobre seres humanos;
- uma descrição precisa de todas as intervenções propostas, inclusive as posologias visadas e a duração prevista do tratamento;
- um plano estatístico especificando o número de sujeitos a recrutar e os critérios utilizados para colocar fim no estudo;
- os critérios determinando a admissão e a aposentadoria do pessoal envolvido, inclusive todas as especificações úteis sobre o procedimento do consentimento inequívoco.

26. A este protocolo se juntarão os seguintes dados:

- a inocuidade de cada intervenção proposta e de todo medicamento ou dispositivo a testar, inclusive os resultados dos pesquisadores no laboratório e sobre o animal;
- as vantagens presumidas e os riscos potenciais de participação;
- os meios propostos para obter o consentimento inequívoco ou, quando isto não for possível, a certeza de que o tutor ou a família serão devidamente consultados e que os direitos e a pessoa de cada sujeito serão preservados;
- os dados mostrando que o pesquisador possui as qualificações e a experiência desejadas e dispõe de equipamentos adequados para conduzir a pesquisa de maneira segura e eficaz;
- as disposições tomadas para preservar o caráter confidencial dos dados;
- a natureza de todas outras considerações éticas em jogo com a indicação que os princípios expostos no documento Helsinque II serão bem aplicados.

#### *Pesquisa tutelada no exterior*

27. Entende-se por esta expressão as pesquisas levadas a efeito em um país-hóspede, mas desencadeadas, financiadas e executadas, em parte ou integralmente, por um organismo internacional ou nacional exterior com a colaboração ou concordância das autoridades competentes do país-hospedeiro.

28. Dois imperativos éticos se impõem:

- o organismo iniciador deverá submeter o protocolo de pesquisa a um exame ético. As normas éticas aplicadas não deverão ser menos rigorosas que aquelas aplicadas aos pesquisadores no país iniciador;
- após aprovação ética do organismo iniciador, as autoridades competentes do país-hóspede deverão assegurar, recorrendo a um comitê de apreciação ética, por exemplo, que a pesquisa proposta está conforme as suas normas éticas.

No caso em que a proposta de pesquisa for iniciada e financiada do exterior por uma firma farmacêutica, é de interesse do país-hóspede exigir que a mesma seja acompanhada de comentários de uma autoridade responsável do país iniciador – administração da saúde, Conselho de Pesquisa, Academia de Medicina ou de Ciências etc.

29. Um objetivo secundário importante da pesquisa tutelada do exterior será o de preparar pessoal da saúde do país-hóspede a executar independentemente projetos de pesquisa análogos.

#### *Indenização do pessoal de pesquisa em caso de acidente*

30. Os casos de acidente geradores de uma incapacidade temporária ou permanente, a saber, morte de pessoas que se propuseram a participar da pesquisa, com ou sem fim terapêutico, são excessivamente raros. Com efeito, os seres humanos submetidos à pesquisa médica se encontram, habitualmente, em condições excepcionalmente favoráveis, na medida em que são observados de maneira atenta e contínua por pesquisadores altamente qualificados, prontos a descobrir os primeiros sinais de reações indesejáveis. Estas condições são raramente aquelas da prática médica corrente.

31. Contudo, toda pessoa submetida, por sua livre vontade, à pesquisa médica, que, posteriormente, apresentar uma lesão tem direito a uma ajuda financeira ou outra que a indenize de qualquer incapacidade temporária ou permanente; em caso de morte, as pessoas dependentes deveriam ter direito a uma indenização material apropriada.

32. Não será necessário exigir dos sujeitos da experiência, no momento do consentimento, que eles renunciem a seus direitos de indenização em caso de acidente; a eles não competirá provar que houve negligência ou incompetência por parte do pesquisador. Preconiza-se um sistema de seguro contra os riscos, financiado por fundos públicos ou privados, ou por ambos, cabendo somente à parte demonstrar que houve uma relação de causa e efeito entre a lesão e a investigação. Para as pesquisas tuteladas por firmas farmacêuticas, estas deverão pagar uma indenização em caso de acidente. Isto é particularmente necessário no caso de pesquisas tuteladas do exterior quando as pessoas não são cobertas por um sistema de segurança social.

### *Carta confidencial dos dados*

33. A pesquisa só pode implicar a coleta e a conservação de dados relativos ao indivíduo se, revelados a terceiros, não forem geradores de prejuízos ou aflição. Os pesquisadores deverão fazer o possível para preservar o caráter confidencial destes dados, deixando, por exemplo, de lado, as informações que podem conduzir à identificação das pessoas, limitando o acesso aos dados por todos os meios apropriados.

## **DECLARAÇÃO DE MARBELLA**

*(Sobre responsabilidade médica)*

*(Adotada pela 44.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Marbella, Espanha, setembro de 1992)*

Em alguns países estão aumentando as reivindicações por erros médicos e as Associações Médicas Nacionais estão buscando meios para resolver o problema. Em outros raramente há tais reivindicações, mas as Associações Médicas Nacionais nesses países devem estar alertas ao assunto e às circunstâncias que podem resultar em aumento do número de reivindicações voltadas contra médicos.

Nesta Declaração, a Associação Médica Mundial procura informar às Associações Médicas Nacionais de alguns dos fatos e assuntos relacionados a reivindicações de maus resultados médicos. As leis e sistemas legais em cada país, como também suas tradições sociais e condições econômicas, afetarão a relevância de algumas partes desta Declaração para cada Associação Médica Nacional. Não obstante a Associação Médica Mundial acreditar que esta Declaração deve ser do interesse de todas as Associações Médicas Nacionais.

1. O aumento em reivindicações por má prática médica pode resultar, em parte, de uma ou mais das seguintes circunstâncias:

a) O aumento em conhecimento médico e o aumento em tecnologia médica permitiu alguns médicos realizar feitos que não eram possíveis no passado, mas estas realizações envolvem riscos mais sérios em algumas oportunidades.

b) A obrigação impôs aos médicos limitar os custos da assistência.

c) Confunde-se o direito dos cuidados de saúde que é atingível com o direito de alcançar e manter cuidados que não podem ser garantido.

d) O papel pernicioso frequentemente usado pela mídia gera desconfiança, e a habilidade e o conhecimento do médico vão sendo questionados, incitando os pacientes a fazer reclamações contra médicos.

e) As consequências indiretas dessa incitação será uma assistência defensiva gerada pelo aumento no número de reivindicações.

2. Deve ser feita uma distinção entre erro médico e o surgimento de um resultado desfavorável no curso da assistência médica e do tratamento que não é devido a uma falta do médico.

a) O erro médico envolve o fracasso do médico de ajustar o padrão de cuidado de tratamento à necessidade do paciente, ou uma falta de habilidade ou negligência de cuidados para o paciente, sendo a causa direta de um dano.

b) A ocorrência de dano no curso do tratamento médico que não pode ser previsto não se constitui num resultado por falta de habilidade ou conhecimento por parte do assistente; é um resultado desfavorável para o qual o médico não deve ser responsabilizado.

3. A compensação para pacientes que sofrem um dano na assistência médica pode ser determinada e nenhuma lei nacional proíbe isto, diferentemente das reivindicações de erro médico cujos resultados desfavoráveis acontecem durante o cuidado médico e o tratamento.

a) Quando um resultado desfavorável acontece sem culpa por parte do médico, a sociedade tem de determinar se o paciente deve ser compensado dos danos sofridos, e nesse caso, de onde a importância será paga. As condições econômicas do país determinarão se tais fundos de solidariedade estão disponíveis para compensar o paciente sem ser às custas do médico.

b) As leis de cada jurisdição proverão os procedimentos para decidir obrigação da reivindicação pela má prática médica e determinar a quantia da compensação devida ao paciente, nesses casos onde o erro médico é demonstrado.

4. As Associações Médicas Nacionais devem considerar os seguintes esforços para prover o tratamento equitativo para médicos e pacientes:

a) Programas de educação pública sobre os riscos inerentes a algumas das modalidades de avanços em tratamento e cirurgia, e

programas de educação profissional com a necessidade de obter o consentimento informado do paciente para tal tratamento e cirurgia.

b) Programas de advocacia pública para demonstrar os problemas em assistência e prestação de cuidados em face dos resultados das limitações de retenção de custos.

c) Promover programas gerais de educação sobre isso nas escolas e instituições sociais.

d) Melhorar o nível e a qualidade da educação médica para todos os médicos, incluindo experiências em treinamento clínico mais avançado.

e) Desenvolver e participar em programas para médicos com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência médica e do tratamento.

f) Desenvolver atitudes políticas apropriadas em treinamento para médicos que se achem deficientes em conhecimentos ou habilidades, inclusive posições políticas para limitar a prática médica do profissional até que suas deficiências sejam corrigidas. Informar o público e o governo do perigo de ocorrerem manifestações de medicina defensiva (a multiplicação de atos médicos ou, pelo contrário, a abstenção dos médicos, ou até mesmo o desinteresse de médicos jovens pelas especialidades de risco mais alto).

g) Educar o público para as possíveis ocorrências de danos durante tratamento médico que não podem ser previstos e não podem ser sido resultado de erro do médico.

h) Defensor legal para proteção dos médicos quando os pacientes são vítima de resultados desfavoráveis não causados por qualquer má prática.

i) Participar na elaboração das leis e procedimentos aplicáveis às reivindicações por maus resultados médicos.

j) Desenvolver oposição ativa a reivindicações frívolas e que favorecem interesses de advogados.

l) Encorajar uma postura médica contra reivindicações de maus resultados cobradas dos médicos ou dos empregadores se ele é empregado.

m) Participar das decisões relativas à prudência de prover compensação para pacientes vítimas durante o tratamento médico sem qualquer responsabilidade do médico.

## DECLARAÇÃO DE MARBELLA (II)

*(Sobre o projeto Genoma Humano)*

*(Adotada pela 44.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial. Marbella, Espanha, setembro de 1992)*

### **Preâmbulo**

O Projeto Genoma Humano está baseado na suposição de que a informação contida no gene nos permitirá diagnosticar um número muito grande de doenças genéticas no útero ou até mesmo antes disso, permitindo-nos tomar decisões antes de procriação.

A chave para a compreensão de doenças genéticas está na identificação e caracterização dos genes mutação. Daqui em diante, a pessoa pode dizer que a compreensão de toda a biologia humana está incluída na identificação de 50.000 a 100.000 genes nos cromossomos do corpo humano.

O Projeto Genoma Humano pode nos permitir identificar e caracterizar os genes envolvidos nas principais doenças genéticas; mais tarde, será possível identificar e caracterizar os genes envolvidos em doenças com um componente genético junto com outros fatores como Diabetes, Esquizofrenia e Alzheimer. Nestas doenças o gene cria uma predisposição para a doença em lugar de ser a própria causa. Estas doenças causam problemas sociais severos e, se é possível diagnosticar a predisposição antes do aparecimento da doença, pode ser possível prevenir isto através de mudanças no estilo de vida, por modificação de dieta e exames periódicos.

Na segunda metade do século XX uma revolução de conceitos aconteceu quando se começou a pensar em doenças em termos de bioquímica. Uma nova revolução está acontecendo agora quando se localiza no gene as informações de todos os processos bioquímicos nas células do corpo.

### **Problema Político**

Há muitas razões éticas importantes para se adquirir informação genética tão depressa quanto possível, de forma que possamos entender melhor muitas doenças. No entanto, esta informação pode ser frustrante, a menos que ao mesmo tempo desenvolvamos meios terapêuticos e informemos ao público das várias opções genéticas, de forma que o indivíduo possa escolher o melhor.

Outra pergunta é se os esforços investidos estão justificados comparando com outros meios de alcançar esses objetivos com menos custo. O projeto deve aspirar a um inventário ou é preferível começar passo a passo um projeto menos pretensioso e apressado?

### **Criação do Projeto**

O projeto de Genoma Humano é considerado um projeto formidável, semelhante ao programa espacial, embora não haja relação entre o investimento e o retorno. O custo calculado do projeto é 3 bilhões de dólares durante 15 anos, i.e., 200 milhões por ano. Este custo pode não parecer extraordinário quando nós sabemos que a Fundação de Fibrose Cística nos Estados Unidos gastou 120 milhões nos últimos quatro anos só para esta doença. Assim, o aspecto financeiro não deve sustar o desenvolvimento do projeto.

Outro fator perturbador é que em alguns países aloca-se recursos para pesquisa clínica em embriões humanos. Tendo se gastado tanto

para identificar os genes, poderia se obter resultados sem a necessidade de alocar recursos para pesquisa clínica baseada naqueles resultados.

Está em conflito a proteção do sigilo e a necessidade da colaboração científica.

A cartografia dos genes humanos tem de ser anônima, mas a informação adquirida tem de ser aplicada a todo ser humano sem qualquer distinção individual de cor ou raça. A informação deve ser de propriedade de todos e não deve ser usada no interesse de negócios. Assim nenhuma patente deve ser dada para o genoma humano ou parte dele.

### **Discriminação Genética no Emprego e no Seguro Privado**

Há um conflito entre o potencial crescente de novas tecnologias na revelação da heterogeneidade genética e o critério a ser usado no emprego e no seguro privado. Pode ser desejável, quanto a fatores genéticos, adotar o mesmo consenso tácito da discriminação de raça em emprego ou seguro privado.

A cartografia genética pode se tornar uma fonte de estigmatização e discriminação social, e a “população de risco” pode se transformar em uma “população defeituosa”.

### **Eugenia e o Perigo do uso de Genes para Interesses não Médicos**

A eugenia está baseada na suposição que os genes têm uma importância decisiva e no modo de mudar a distribuição deles na população no seu aspecto reprodutivo. De acordo com este conceito, o bem comum justifica as limitações na liberdade do indivíduo. O poder de informação aumentará da maneira como for usado. Há ainda temor de programas de eugenia governamentais para “melhorar a raça”, e o uso de tecnologia médica para fins não médicos.

### **Recomendações**

Não são unânimes as posições éticas levantadas no projeto Genoma Humano, não tanto pela própria tecnologia, mas pelo seu uso formal. Devido ao poder deste instrumento novo, devem ser examinados seus aspectos éticos, legais e sociais quando o programa ainda está em seu começo.

Alguns opositores têm medo que o investigador queira “brincar de Deus”, ou interferir nas leis de natureza. Se nós nos livramos de uma oposição inflexível para o projeto Genoma Humano, podemos avaliar os aspectos éticos com os mesmos parâmetros que nos guiaram sempre que examinamos um novo método diagnóstico e terapêutico. O critério principal permanece na avaliação do risco-benefício, o respeito pela pessoa como um ser humano e o respeito à privacidade e à autonomia.

Há necessidade de declarar as diretrizes éticas e legais gerais para prevenir a discriminação e o estigma genético da população de risco.

### **As Diretrizes Básicas são:**

- O serviço genético deve ser facilmente acessível a todos a fim de prevenir sua exploração só por quem tem recursos, aumentando assim a desigualdade social.
- Há necessidade de informação internacional e transferência de tecnologia e conhecimentos entre todos os países.
- Deve-se respeitar o resultado de pessoas examinadas e o direito delas sobre o uso da informação obtida.
- Deve-se dar informação total ao paciente ou ao seu representante legal. O segredo médico deve ser mantido e a informação não deve ser passada a um estranho sem o seu consentimento. Até mesmo se os membros da família do paciente estiverem em risco, o segredo médico deve ser mantido, a menos que possa haver um dano sério e este dano possa ser evitado revelando-se a informação; a confidência só pode ser quebrada como último recurso quando todas as tentativas de convencimento de passar a informação por ele ao paciente tenha falhado; até mesmo neste caso, a informação genética pertinente deve ser descoberta.
- A revelação de informação para uma terceira pessoa ou o acesso de dados genéticos pessoais só deve ser permitido com o consentimento esclarecido do paciente.

## **DECLARAÇÃO DE NOVA DELHI**

*(Sobre apoio aos direitos dos pacientes e médicos na República Islâmica do Irã)*

*(Adotada pela 60.ª Assembleia-Geral da AMM, em Nova Delhi, Índia, Outubro 2009)*

CONSIDERANDO que,

Médicos na República Islâmica do Irã têm relatado:

Práticas inquietantes de feridos sendo levados para prisões, sem tratamento médico adequado ou o consenso dos médicos assistentes;

Médicos sendo impedido de tratamento de pacientes;

Preocupação com a veracidade da documentação relacionada com a morte de pacientes e médicos que estão sendo forçadas a fazer documentação clínica imprecisa; e

Cadáveres e gravemente feridos prisioneiros políticos e religiosos que foram internados em hospitais com sinais de tortura brutal, incluindo abuso sexual.

Por isso, a Associação Médica Mundial

1. Reafirma sua Declaração de Lisboa: Declaração dos Direitos do Paciente, que afirma que sempre que legislação, ação governamental, ou qualquer outra administração ou instituição nega aos pacientes o direito à assistência médica, os médicos devem buscar meios adequados para garanti-lo ou para restaurá-lo.

2. Reafirma sua Declaração de Hamburgo: Declaração a respeito do apoio aos médicos que se recusam a participar ou tolerar, o uso de tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, que incentiva os médicos a honrarem seu compromisso como médicos para servir a humanidade e resistir a qualquer pressão para agir contrariamente aos princípios éticos que regem a sua dedicação a essa tarefa.

3. Reafirma a sua Declaração de Tóquio: Diretrizes para médicos sobre a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, em relação à detenção e prisão, que:

- proíbe médicos de participar, ou mesmo estar presente durante a prática de tortura ou outras formas de procedimentos cruéis ou desumanos ou degradantes;
- requer que os médicos mantenham o máximo respeito pela vida humana, mesmo sob ameaça, e os proíbe de usar qualquer conhecimento médico contrário às leis da humanidade.

4. Reafirma sua resolução sobre a Responsabilidade dos Médicos na documentação e denúncia de actos de tortura ou tratamento cruel ou desumano ou degradante; que afirma que os médicos devem tentar:

- assegurar que os detidos ou vítimas de tortura ou maus-tratos ou crueldade tenham acesso a cuidados de saúde imediatos e independentes;
- assegurar que os médicos incluam a avaliação e documentação de sintomas de tortura ou maus-tratos nos registros médicos usando as salvaguardas processuais necessárias para evitar pôr em perigo os detentos.

5. Refere-se ao Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial, que afirma que os médicos devem se dedicar a fornecer serviço médico competente com independência profissional e moral completa, com compaixão e respeito pela dignidade humana.

6. Insta o Governo da República Islâmica do Irã a respeitar o Código de Ética Médica Internacional e as normas incluídas nas declarações acima mencionadas, com as quais os médicos estão comprometidos.

7. Insta associações médicas nacionais para falar em apoio a esta resolução.

## **DECLARAÇÃO DE OSLO**

*(Pronunciamento sobre o aborto terapêutico)*

*(Adotado pela 24.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial. Oslo, Noruega, 1970)*

1. O primeiro princípio moral imposto ao médico é respeitar a vida humana, como está expresso na cláusula da Declaração de Genebra: “Mantereí o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção.”

2. Circunstâncias que importam conflitos entre os interesses vitais da mãe e os do feto criam dilema e levantam questões se a gravidez deve, ou não, ser interrompida.

3. A diversidade de respostas nessas situações acarreta diversidade de atitudes ante a vida do feto, o que é assunto de convicções pessoais e de consciência, que devem ser respeitadas.

4. Não é papel do médico determinar atitudes e regras para qualquer comunidade ou caso particular sobre esta matéria, mas é nosso dever ter em mente a proteção dos nossos pacientes e salvaguardar os direitos do médico na sociedade.

5. Entretanto, onde a lei permite a realização do aborto terapêutico; onde a legislação é contemplativa, e isto não se constitui em política contrária à Associação Médica nacional; e onde, finalmente, a legislação aceita a indicação médica, estão aprovados os seguintes princípios:

a) o aborto deve ser praticado só como medida terapêutica;

b) a decisão de interromper a gravidez deverá ser aprovada por escrito, no mínimo por dois médicos escolhidos por sua competência profissional;

c) o procedimento deverá ser feito por médico devidamente habilitado e com permissão das autoridades competentes.

6. Se o médico julgar que suas convicções não lhe permitem aconselhar ou fazer o aborto, poderá ele recusar-se, desde que tenha certeza da continuidade de seu trabalho por um colega qualificado.

7. Estas afirmações, enquanto não forem adotadas pela Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, não podem ser consideradas como obrigatórias por nenhum membro de qualquer associação, nem que tenham sido adotadas pela entidade da qual faz parte.

## **DECLARAÇÃO DE OTTAWA**

*(Sobre os direitos de cuidados da saúde da criança)*

*(Adotada pela 50.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Ottawa, Canadá, outubro de 1998)*

## **Preâmbulo**

1. O cuidado à saúde de uma criança, se em casa ou em hospital, inclui aspectos médicos, emocionais, sociais e financeiros que interagem no processo curativo e exigem atenção especial aos direitos da criança como paciente.

2. O artigo 24 dos Direitos da Criança na Convenção das Nações Unidas em 1989 reconhece o direito de a criança atingir o mais alto padrão de saúde nas instituições de tratamento de enfermidade e reabilitação de saúde, e os Estados e Nações se esforçarão para assegurar que nenhuma criança seja privada dessa assistência ou do direito dela de acesso a tais serviços de cuidados de saúde.

3. No contexto desta Declaração uma criança significa um ser humano entre o seu nascimento e o fim do seu décimo sétimo ano, a menos que subordinada à lei aplicável às crianças de atividades rurais sejam reconhecidas legalmente como adultos em uma outra idade.

## **Princípios Gerais**

4. Toda criança tem o direito inerente à vida, como também o direito de acesso às instalações apropriadas para promoção de saúde, a prevenção e tratamento de enfermidade e a reabilitação de saúde. Os médicos e outros provedores de cuidados de saúde têm uma responsabilidade para reconhecer e promover estes direitos, e exigir que material e recursos humanos sejam providos em seu favor. Em particular todo esforço deverá ser feito para:

I) proteger ao máximo possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança e reconhecer que pais (ou representantes legalmente indicados) tenham a principal responsabilidade no desenvolvimento da criança e que ambos os pais tenham responsabilidades comuns neste particular;

II) assegurar que os melhores interesses da criança sejam a consideração principal em cuidados de saúde;

III) resistir a qualquer discriminação na provisão de ajuda médica e cuidados de saúde por considerações de idade, sexo, doença ou inaptidão, credo, origem étnica, nacionalidade, filiação política, orientação sexual ou posição social da criança ou dos seus pais e de seus representantes legais;

IV) propiciar cuidados de saúde pré-natal e pós-natal satisfatórios à mãe e à criança;

V) afiançar para toda criança a provisão de ajuda médica adequada e cuidados de saúde, com ênfase em assistência médica primária, assistência psiquiátrica pertinente às crianças que necessitem, administração de cuidados pertinentes às necessidades especiais das crianças inválidas;

VI) proteger toda criança de procedimentos de diagnóstico, tratamento e pesquisa desnecessários;

VII) combater a doença e a desnutrição;

VIII) desenvolver cuidados de saúde preventivos;

IX) erradicar as diversas formas de maus-tratos à criança; e

X) erradicar práticas prejudiciais à saúde da criança.

## **Princípios Específicos**

### **Qualidade de Cuidados**

5. Devem ser asseguradas a continuidade e a qualidade de assistência pela equipe que provê cuidados de saúde a uma criança.

6. Os médicos e outros provedores de cuidados de saúde para as crianças devem ter o treinamento especial e habilidades necessárias para permitir respostas adequadas às necessidades médicas, físicas, emocionais das crianças e de suas famílias.

7. Em circunstâncias onde for feita seleção entre pacientes crianças para um tratamento particular, devem ser garantidos procedimentos de seleção justos para aquele tratamento feito sob critério médico e sem discriminação.

### **Liberdade de Escolha**

8. Os pais ou seus responsáveis legalmente constituídos para representar os interesses da criança devem ser capazes de escolher livremente e mudar o médico da criança; aceitar que o médico de sua escolha é livre para fazer juízos clínicos e éticos sem qualquer interferência externa; e pedir uma segunda opinião de outro médico em qualquer fase do tratamento.

### **Consentimento e Autodeterminação**

9. Um paciente criança através de seus pais ou de seus representantes legalmente instituídos tem o direito de ser informada de todas as decisões que envolvam os cuidados de sua saúde. Em tal decisão devem ser levados em conta os desejos da criança e devem ser dado valor à capacidade crescente de sua compreensão. A criança madura, a juízo do médico, é capacitada para tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde.

10. Excluída a emergência (veja item 12, abaixo), o consentimento informado é necessário antes de começar qualquer processo diagnóstico ou terapêutico em uma criança, especialmente quando esse procedimento é invasivo. Na maioria dos casos o consentimento será obtido dos pais ou dos representantes legalmente indicados, embora qualquer desejo expresso pela criança deva ser levado em conta pelos seus representantes. Entretanto, se a criança tem maturidade e entendimento suficientes, o consentimento informado será obtido da própria criança.

11. Em geral, os pais do paciente criança ou seus representantes legalmente constituídos estão autorizados a suspender o consentimento para qualquer procedimento ou terapia. Presume-se que os pais ou seus representantes instituídos legalmente agirão em favor dos melhores

interesses da criança, mas ocasionalmente isto pode não ser assim. Quando o pai ou o representante legalmente constituído nega o consentimento para um tratamento ou procedimento, sem o qual a saúde da criança seria prejudicada ou posta em perigo irreversível e para a qual não há nenhuma alternativa dentro do espectro de cuidado médico geralmente aceites, o médico deve obter a autorização judicial ou outro procedimento para executar tal conduta ou tratamento.

12. Se a criança está inconsciente, ou, caso contrário, incapaz de dar consentimento, e o pai ou o representante legalmente constituído não está disponível, mas se necessita urgentemente de uma intervenção médica, então o consentimento específico para esta intervenção pode ser presumido, a menos que seja óbvio e fora de qualquer dúvida com base em firme e prévia expressão ou convicção que o consentimento para aquela intervenção seria recusado na situação em particular (sujeito à condição detalhada no item 7, acima).

13. Estão capacitados os pais e seus representantes legais para recusar participação em pesquisa ou ensaio de medicamentos. Tal recusa nunca deverá interferir na relação entre médico e paciente nem alterar o direito aos cuidados e aos outros benefícios para os quais a criança é detentora.

### **Direito de Acesso a Informação**

14. Os pais e os representantes legalmente constituídos de pacientes crianças (exclua-se as circunstâncias esboçadas no item 18, abaixo) devem ser informados completamente sobre seu estado de saúde, contanto que isto não seja contrário aos interesses da criança. No entanto, não deve ser dada informação confidencial do registro médico da criança a pessoas estranhas a ela.

15. Qualquer informação deve ser dada de forma apropriada à cultura e ao nível de compreensão do representante. Isto é particularmente importante no caso de a informação ser dada à criança que tem o direito de acesso a informações gerais de saúde.

16. Excepcionalmente, pode ser negada informação à criança, ou a seus pais e representantes legalmente intitulados, quando há boa razão para se acreditar que esta informação criaria um perigo sério para a vida ou saúde da criança ou para a saúde física ou mental das pessoas que representam a criança.

### **Confidência**

17. Em geral, a obrigação de médicos e de outros trabalhadores de cuidados de saúde é de manter a confidência sobre informação pessoal e médica identificável de pacientes (inclusive informação sobre estado de saúde, condição médica, diagnóstico, prognóstico e tratamento), aplicando-se muito mais no caso de paciente criança do que com adulto.

18. O paciente criança pode estar amadurecido o bastante para ir desacompanhado a uma consulta dos seus pais ou dos seus representantes legalmente intitulados, e pode pedir serviços confidenciais. Tal pedido deve ser respeitado e a informação obtida durante esta consulta ou sessão de aconselhamento não deve ser descoberta aos pais ou representantes legais. Por outro lado, quando o médico assistente tiver motivos fortes para concluir que, apesar de desacompanhada, a criança não é competente para tomar uma decisão consciente sobre o tratamento, ou que sem a orientação ou envolvimento dos pais a saúde da criança seria posta em perigo irreversível, então nessas circunstâncias excepcionais o médico pode revelar aos pais ou aos responsáveis legais o que se passou durante a consulta desacompanhada. Porém, o médico deve discutir primeiro com a criança argumentando por que fazer assim e tentar persuadi-la a concordar com esta ação.

### **Admissão no Hospital**

19. Uma criança só deve ser admitida no hospital se a assistência prevista não pode ser provida em casa ou em ambulatório.

20. Uma criança admitida no hospital deve ser acomodada em um ambiente próprio, não devendo ser admitida em acomodação de adulto, excluindo circunstâncias especiais ditadas por sua condição médica, por exemplo, quando a criança é admitida para o término da gravidez.

21. Todo esforço deve ser feito para permitir que uma criança seja admitida no hospital acompanhada pelos pais ou por quem os substitui, com acomodação apropriada no hospital ou próximo a ele, sem nenhum ou com custo mínimo e com a oportunidade para se ausentar do trabalho deles.

22. Toda criança em hospital deve ter permissão para as visitas externas, sem restrição sobre a idade das visitas, excluindo as circunstâncias onde o médico assistente encontre razões fortes para acreditar que o visitante não estaria nos melhores interesses da criança.

23. Quando uma criança de idade pertinente for admitida no hospital, não deve ser negada a sua mãe a oportunidade para amamentá-la, a menos que haja um contra-indicação médica positiva para tal.

24. Uma criança no hospital deve ter à sua disposição toda oportunidade e facilidade apropriadas para diversão, recreação e continuação da educação. Facilitar a presença de professores especializados para encorajar a criança a continuar seu aprendizado.

### **Maus-Tratos a Crianças**

25. Todas as medidas apropriadas devem ser consideradas para proteger as crianças de todas as formas de negligência ou tratamento negligente, violência física e mental, coerção, mau-trato, dano ou abuso, inclusive abuso sexual. Neste contexto de intenções devem ser lembradas as providências da Declaração de Associação Médica Mundial sobre Maus-Tratos e Negligência em Criança.

### **Educação em Saúde**

26. Pais e crianças devem ter acesso aos programas destinados ao desenvolvimento delas e o pleno apoio para a aplicação, conhecimento básico de saúde de criança e nutrição, inclusive as vantagens do aleitamento materno e da higiene, serviço de saúde público ambiental, prevenção de acidentes e educação sexual.

### **Dignidade do Paciente**

27. Um paciente criança deve ser tratado a toda hora com cuidado, com privacidade e com respeito à sua dignidade.

28. Todo esforço deve ser feito para prevenir ou, se isso não é possível, minimizar a dor e o sofrimento e mitigar a tensão física ou emocional no paciente criança.

29. A toda criança paciente terminal deve ser proporcionado o cuidado paliativo apropriado e toda a ajuda necessária para que o ato de morrer seja tão confortável e digno quanto possível.

### *Ajuda Religiosa*

30. Todo esforço deve ser feito para assegurar que um paciente criança tenha acesso ao conforto espiritual e moral, inclusive acesso para um ministro da religião de sua própria escolha.

## **DECLARAÇÃO DE OTTAWA (II)**

*(Sobre assistência para refugiados, emigrantes e pessoas deslocadas de seus países)*

*(Aprovada pela Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Ottawa, Canadá, Outubro de 1998, reafirmada pela Assembleia-Geral da AMM, Seul, Coreia, outubro de 2008 e revista na Assembleia-Geral da AMM em Vancouver, Canadá, outubro de 2010)*

### **Introdução**

Os conflitos internacionais e civis, assim como a pobreza e a fome, também tem resultado um aumento no número de refugiados, incluindo os requerentes de asilo, aqueles com direito de asilo, imigrantes ilegais e pessoas deslocadas de seus respectivos países em todas as regiões do mundo. Estas são as pessoas mais vulneráveis da sociedade. Os códigos internacionais de direitos humanos e de ética médica, incluindo a Declaração de Lisboa da AMM sobre os Direitos do Paciente, prevê que toda pessoa tem direito, sem discriminação, a assistência médica adequada. No entanto, as alterações da legislação de cada país não são compatíveis com esse importante princípio.

### **Declaração**

Os médicos têm o dever de dar atendimento médico adequado, independentemente do estado civil ou posição política do paciente e os governos não devem negar ao paciente o direito de receber tais atenções, nem devem interferir no direito do médico para cumprir a sua obrigação de implementar um tratamento apenas com base na necessidade clínica. Os médicos não podem ser obrigados a participar de qualquer ação judicial ou punição contra os refugiados, incluindo os requerentes de asilo, os imigrantes sem documentos ou aplicar um tratamento ou uma ação que não se justifique, como o uso de sedativos para facilitar a remoção do país ou do seu deslocamento. Ele deve permitir que os médicos tenham tempo e recursos suficientes para avaliar a condição física e psicológica do refugiado que procura asilo. As Associações Médicas Nacionais devem apoiar e promover o direito de todos receberem cuidados médicos apenas em função das necessidades clínicas e denunciar contra a legislação e práticas contrárias a este direito fundamental.

## **DECLARAÇÃO DE PILANESBERG (I)**

*(Sobre tecnologias de reprodução assistida)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da AMM, Pilanesberg, África do Sul, outubro de 2006)*

### **Introdução**

1. A tecnologia de reprodução assistida abrange uma ampla variedade de técnicas desenhadas principalmente para ajudar aos casais que não podem conceber sem assistência médica. Desde o nascimento do primeiro bebê de proveta em 1978, mais de um milhão e meio de crianças nasceram no mundo com o tratamento de fecundação *in vitro*.

2. O termo tecnologia de reprodução assistida inclui técnicas como a fecundação *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplásmica de esperma (ICSI). O termo inclui todos os tratamentos com manipulação médica ou científica de gametas e embriões humanos para produzir uma gravidez. (Mesmo que algumas legislações consideraram a inseminação artificial, a utilização de sêmen de doadora ou sêmen do casal do paciente, diferente, muitos dos problemas sobre o regulamento relacionado com a obtenção, armazenamento, uso e eliminação de gametas e embriões estão inter-relacionados estreitamente.) [Nesta Declaração se excluem os tratamentos como a inseminação artificial].

3. As tecnologias de reprodução assistida colocam profundos problemas morais. As opiniões e crenças sobre o *status* moral do embrião, que é essencial para a grande parte do debate neste âmbito, variam dentro e entre os países. A concepção assistida também está regulada de maneira diferente em vários países. Mesmo que se possa alcançar um consenso sobre alguns temas, existem diferenças fundamentais de opinião que não se podem solucionar. Esta Declaração identifica áreas de acordo e também destaca as matérias nas quais não é possível alcançar um acordo. Os médicos que enfrentam estas situações devem cumprir com as leis e regulamentos aplicáveis e também com as

exigências éticas e normas profissionais estabelecidas pela associação médica nacional e outras organizações apropriadas na comunidade.

4. Os médicos que participam das tecnologias de reprodução assistida sempre devem considerar suas responsabilidades éticas para toda criança que possa nascer como resultado do tratamento. Se existe evidência que uma criança será exposta a graves perigos, não se deve realizar o tratamento.

5. Da mesma forma que com todos os outros procedimentos médicos, os médicos têm a obrigação ética de limitar sua prática às áreas nas quais tenham os conhecimentos e experiência pertinentes e de respeitar os direitos do paciente. Estes direitos incluem a integridade física pessoal e a ausência de coerção. Na prática, isto significa que é necessário um consentimento válido ou real da mesma forma que em todos os procedimentos médicos. A validade deste consentimento depende da suficiência da informação oferecida ao paciente e de sua liberdade para tomar uma decisão, incluída a ausência de coerção ou de outras pressões para decidir de um modo particular.

6. A concepção assistida é diferente do tratamento de uma doença, já que a impossibilidade de serem pais sem intervenção médica nem sempre é considerada uma doença. Mesmo que possa ter profundas consequências psicossociais e médicas, não é em si limitante da vida. No entanto, é uma importante causa de uma doença psicológica principal e seu tratamento é evidentemente médico.

7. A obtenção de consentimento informado dos que pensam seguir um tratamento deve incluir a consideração de alternativas, inclusive a aceitação de não ter filhos, os riscos associados às diversas técnicas e a possibilidade de fracasso. Em muitas legislações, o processo de obtenção do consentimento deve fazer-se depois de um processo de entrega de informação e do oferecimento de orientação; também pode incluir uma avaliação do paciente logo ao bem-estar da futura criança.

8. Os pacientes que buscam tecnologias de reprodução assistida têm direito ao mesmo nível de confidencialidade e privacidade que com qualquer outro tratamento médico.

9. A concepção assistida sempre envolve a manipulação de gametas e embriões humanos. As pessoas consideram isto com diferentes níveis de preocupação, mas pelo geral se concorda em que estas preocupações especiais devem ser enfrentadas com medidas de segurança específicas para proteger-se de abusos. Em algumas legislações isto levou a que todos os centros que manejem estes materiais devem pedir uma forma e demonstrar o cumprimento de normas muito estritas.

### **Êxito das Técnicas**

10. O sucesso das diversas técnicas pode variar muito de um centro a outro. Os médicos têm a obrigação de apresentar estimativas de sucesso realistas aos pacientes potenciais. Se estas são muito diferentes da norma atual, devem revelar este fato aos pacientes. Os médicos também têm a obrigação de considerar as razões disto, já que podem estar relacionadas com uma má prática, e se é assim devem corrigir as deficiências.

### **Gravidezes Múltiplas**

11. A transferência de mais de um embrião pode aumentar a probabilidade de implantação de pelo menos um embrião. Isto é compensado pelo maior risco, em especial de parto prematuro, nas gravidezes múltiplas. O risco de uma gravidez de gêmeos, mesmo mais alto que nas gravidezes simples, é considerado aceitável pela maioria. Os médicos devem seguir o conselho profissional sobre o máximo de embriões a transferir por tratamento. Produz-se uma gravidez múltipla, se pode considerar uma redução embrionária seletiva com base médica com o fim de aumentar as possibilidades que a gravidez siga seu curso normal, quando seja compatível com a legislação nacional e o código de ética.

### **Doação**

12. Alguns pacientes não podem produzir gametas utilizáveis. Necessitam óvulos ou espermatozoides de doadoras. A doação deve ser orientada e controlada cuidadosamente para evitar abusos como a coerção dos doadores potenciais. Não se deve pagar aos doadores com dinheiro ou em espécie (por exemplo, tratamentos grátis ou a menor custo) para instar à doação, mas aos doadores se lhes pode reembolsar as despesas razoáveis.

13. Quando uma criança nasce produto de uma doação, se deve instar às famílias a falar com ela sobre isto, sem considerar se a legislação nacional permite ou não que a criança tenha informação sobre o doador. É difícil guardar segredos nas famílias e pode ser daninho para a criança se a informação sobre a concepção do doador é revelada acidentalmente e sem uma ajuda apropriada.

### **Diagnóstico Genético de Pré-Implantação (PGD)**

14. O diagnóstico genético de pré-implantação (PGD) pode realizar-se nos embriões de poucos dias para buscar a presença de anomalias genéticas ou cromossômicas, especialmente as relacionadas com doenças graves e mortes prematuras e por outras razões, incluída a identificação dos embriões que têm altas possibilidades de implantação exitosa nas mulheres com múltiplos abortos espontâneos. Os embriões com anomalias são descartados; só os embriões com complementos genéticos e cromossômicos aparentemente normais são implantados.

15. Nem esta técnica eficaz nem os meios mais simples devem utilizar-se por razões triviais, como a seleção do sexo. A AMM considera que os médicos só devem participar da seleção do sexo para evitar uma condição grave relacionada com o cromossomo do sexo, como a distrofia muscular de Duchenne.

16. O PGD também pode ser combinado com a compatibilidade dos antígenos leucocitários humanos (HLA) para selecionar embriões com base em que as células-tronco do cordão umbilical da criança fecundada poderiam ser utilizadas para tratar um irmão com uma doença grave. Há diferentes opiniões sobre a aceitabilidade desta prática; por isso os médicos devem seguir a legislação nacional e as normas éticas e profissionais locais.

### **Uso de Gametas e Embriões Extras e Eliminação de Gametas e Embriões não Utilizados**

17. Na maioria dos casos, a concepção assistida dá como resultado a produção de gametas e embriões que não serão utilizados para tratar os que os proporcionaram. Os chamados gametas e embriões extras podem ser armazenados e congelados para um uso posterior ou doados a outros pacientes, ou eliminados. Uma alternativa à eliminação, nos países que permitem a investigação em embriões, é a doação a centros de pesquisa. A opção escolhida deve ser explicada de maneira clara e precisa às pessoas antes de realizar a doação ou a extração.

### **Maternidade Substituta**

18. No caso de uma mulher adulta que não possa levar uma criança a termo, o recurso ao método de maternidade substituta é possível enquanto este método não esteja proibido pelas leis vigentes ou as normas éticas da associação médica nacional, ou de outros organismos pertinentes. Deve-se ter cuidado de proteger os interesses das partes que participam deste método de maternidade substituta.

### **Investigação**

19. Os médicos devem promover a importância da investigação com a utilização dos tecidos obtidos durante os procedimentos de fertilização assistida. Por causa do *status* especial do material que se utiliza, a investigação sobre gametas humanos e especialmente sobre embriões humanos está muito regulamentada em muitas legislações. Os médicos têm o dever ético de cumprir com dita regulamentação e contribuir ao debate público e compreensão deste tema.

20. Devido à natureza especial dos embriões humanos, a investigação deve ser controlada cuidadosamente e limitar-se aos âmbitos nos quais o uso de materiais alternativos não seja uma opção adequada.

21. As opiniões e a legislação diferem em se os embriões podem ser criados especificamente para a investigação ou durante esta. Os médicos devem respeitar a legislação nacional e a orientação ética local.

### **Substituição do Núcleo Celular**

22. A AMM se opõe ao uso da substituição do núcleo celular com o objetivo de clonar seres humanos.

23. A substituição do núcleo celular também pode ser utilizado para criar células-tronco embrionárias para a investigação e finalmente, se espera, para terapia em muitas doenças graves. Existem diversas opiniões sobre a aceitação da referida investigação; os médicos que desejem participar desta investigação devem assegurar-se que respeitarão a legislação nacional e a orientação ética local.

### **Recomendações**

24. A tecnologia de reprodução assistida é um setor médico dinâmico que se desenvolve com rapidez. Os avanços devem ser submetidos a um cuidadoso estudo ético, da mesma forma que o seguimento científico.

25. Os gametas e embriões humanos recebem um *status* especial. Sua utilização, incluída na investigação, doação a outros e eliminação devem ser explicados cuidadosamente aos doadores potenciais e submetidos à regulamentação nacional.

26. A investigação sobre embriões só deve ser realizada se o permitem a legislação nacional e as normas éticas.

27. Os médicos devem seguir a orientação profissional sobre o máximo de embriões a transferir em cada tratamento.

28. Não se deve pagar aos doadores com dinheiro ou em espécies (por exemplo, tratamentos grátis ou a menor custo) para instar à doação, mas aos doadores se lhes pode reembolsar as despesas razoáveis.

29. As famílias que utilizam embriões ou gametas devem ser instadas e ajudadas a falar abertamente com a criança sobre o tema.

30. A seleção do sexo só deve realizar-se para evitar graves patologias médicas, incluídas as mortais.

31. Os médicos desempenham um papel importante na informação no debate público sobre as possibilidades da concepção assistida e os limites que se aplicam a esta prática.

32. Os médicos devem cumprir com a legislação nacional e as decisões de suas associações locais.

## **DECLARAÇÃO DE PILANESBERG (II)**

*(Sobre assistência médica em viagens aéreas)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da AMM, Pilanesberg, África do Sul, outubro 2006)*

1. A viagem em avião é o modo de transporte preferido pela pessoas do mundo inteiro para as longas distâncias. A crescente conveniência e as tarifas acessíveis aumentaram a quantidade de passageiros, incluídos passageiros mais velhos e outras pessoas com maior risco de emergências de saúde. Além disso, os voos longos aumentam o risco de emergências médicas durante a viagem.

2. O ambiente nos aviões de passageiros normais não facilita a prestação de atenção médica de qualidade, especialmente em casos de emergências médicas. O ruído e movimento do avião, o espaço reduzido, a presença de outros passageiros que podem estar estressados, a insuficiência ou falta total de diagnóstico e materiais terapêuticos e outros fatores acarretam condições muito difíceis para o diagnóstico e tratamento. É possível que estas circunstâncias constituam um grande desafio, inclusive para o médico mais experimentado.

3. A maioria das companhias aéreas exige que o pessoal de voo tenha uma formação em primeiros auxílios. Além disso, muitas

proporcionam certo grau de capacitação sobre este nível mínimo e também podem levar certos medicamentos e equipe de emergência a bordo. Alguns aviões têm equipes para ler a distância um eletrocardiograma e também serviços médicos de assistência.

4. Inclusive o pessoal de voo bem treinado tem conhecimentos e experiência limitados e não pode prestar a mesma assistência que um médico ou outro profissional da saúde qualificado. Na atualidade, existem cursos de educação médica contínua para capacitar os médicos especificamente para as emergências durante os voos.

5. Os médicos geralmente têm certos temores para prestar assistência devido a uma incerteza na responsabilidade legal, especialmente em voos internacionais ou voos dentro dos Estados Unidos. Mesmo que muitas companhias aéreas proporcionem certo tipo de seguro para os médicos e civis que prestem assistência voluntária durante os voos, nem sempre é o caso. Quando existem, as cláusulas do seguro nem sempre podem ser explicadas e compreendidas de maneira adequada em uma crise médica repentina. As consequências financeiras e profissionais das querelas contra os médicos que prestam assistência podem ser de muito alto custo.

6. Devem-se tomar medidas importantes para proteger a vida e a saúde dos passageiros em um avião; no entanto, a situação está muito distante de ser a ideal, e é necessário melhorá-la. Muitos dos principais problemas podem ser simplificados através de algumas medidas de parte das companhias aéreas e legisladores nacionais, em cooperação entre eles e com a Associação de Transporte Aéreo Internacional (IATA) para alcançar políticas e programas internacionais coordenados e baseados em um consenso.

7. As associações médicas nacionais têm um papel de liderança importante na promoção de medidas destinadas a melhorar a disponibilidade e eficácia da atenção médica nos voos.

8. Portanto, a Associação Médica Mundial conclama seus membros para que instem às companhias aéreas nacionais com voos de passageiros de média e longa durações a que tomem as seguintes medidas:

- a. Equipar seus aviões com um conjunto de materiais médicos de emergência e medicamentos suficientes e padronizados que estejam empacotados de maneira padronizada e fácil de identificar, que tenham instruções e informação em inglês e nos principais idiomas do país de partida e chegada e que incluam desfibriladores automáticos externos, considerados como equipe essencial fora de um ambiente profissional.
- b. Proporcionar assistência médica que possa ser contatada por rádio ou telefone para ajudar o pessoal a bordo ou a um profissional da saúde voluntário, se há um no avião e está disposto a ajudar.
- c. Elaborar planos de emergência médica para guiar o pessoal que deva responder às necessidades médicas dos passageiros.
- d. Proporcionar instrução médica e logística suficiente ao pessoal a bordo, além dos primeiros auxílios, a fim de que possa responder melhor às necessidades dos passageiros e ajudar os profissionais médicos que se oferecem como voluntários durante as emergências.
- e. Proporcionar seguros para os profissionais médicos e ajudar o pessoal não médico a proteger-se dos danos e responsabilidades (materiais ou imateriais) como resultado do diagnóstico e tratamento a bordo.

1. A Associação Médica Mundial chama seus membros a que instem a suas autoridades de aviação nacional a proporcionar relatórios anuais resumidos sobre os incidentes médicos a bordo, baseados em relatórios padronizados obrigatórios de incidentes para cada caso médico que necessite a aplicação de primeiros auxílios ou de outro tipo de assistência médica ou que obrigue a uma mudança de voo.

2. A Associação Médica Mundial conclama seus membros que levem seus legisladores a aprovar leis que proporcionem imunidade ante ações legais aos médicos que prestam assistência de emergência em avião.

3. Se não existe imunidade legal, a empresa aérea deve aceitar todas as consequências legais e financeiras da prestação de assistência de parte de um médico.

4. A Associação Médica Mundial faz um apelo a seus membros para que:

- a. Informem aos médicos sobre problemas de emergências médicas durante os voos.
- b. Informem aos médicos sobre as oportunidades de formação ou proporcionem ou promovam a criação de programas de formação onde não existam.
- c. Estimulem os médicos a debater os problemas eventuais com os pacientes de alto risco que necessitam de uma assistência médica a bordo, antes do voo.

5. A Associação Médica Mundial faz um apelo à IATA para que estabeleça normas precisas nas seguintes áreas e se é necessário trabalhar com os governos para implementar estas normas como obrigações legais:

- a. Equipe médica e medicamentos a bordo de voos de curta e longa durações.
- b. Normas de acondicionamento e informação de material, incluídas as descrições e instruções nos idiomas correspondentes.
- c. Procedimentos de organização em emergências médicas e programas de formação para o pessoal médico.

## **DECLARAÇÃO DE PILANESBERG (III)**

*(Sobre a função do médico na obesidade)*

### **Introdução**

1. A obesidade é um dos problemas mais importantes em saúde do século XXI. Ela afeta todos os países e grupos socioeconômicos e representa um uso importante dos recursos de saúde
2. A obesidade tem causas complexas e estão relacionadas com as mudanças econômicas e sociais produzidas na sociedade, incluído o ambiente favorável à obesidade no qual vive a maioria da população.
3. Portanto, a AMM insta a que os médicos utilizem seu papel de líderes para defender que as autoridades nacionais de saúde reconheçam que a diminuição da obesidade deve ser uma prioridade com políticas apropriadas à cultura e com a participação de médicos e outros profissionais de saúde

### **A Associação Médica Mundial recomenda que os Médicos:**

4. Liderem uma mudança na sociedade que ponha a devida ênfase em contextos que promovam a alimentação sã e a atividade física regular para todos.
5. Expressem preocupação, em forma individual e através de suas associações médicas, já que o excesso de televisão e de jogos de vídeo são impedimentos para a atividade física das crianças e adolescentes em muitos países.
6. Instem às pessoas a optar pelo que é sadio.
7. Reconheçam a função de tomada de decisões pessoais e a influência adversa exercida pelo ambiente atual.
8. Reconheçam que a colheita e avaliação de informação podem contribuir ao uso baseado em evidência e deve ser parte de exames e avaliação médica de rotina durante toda a vida.
9. Promovam o desenvolvimento de aptidões que instem a estilos de vida sãos em todas as pessoas e contribuam para um melhor conhecimento de dietas saudáveis, exercício e os perigos do consumo de tabaco e álcool excessivo.
10. Contribuam para o desenvolvimento de melhores instrumentos de avaliação e bases de dados que permitam intervenções mais bem dirigidas e avaliadas.
11. Assegurar-se que a obesidade, suas causas e uso são parte de programas de desenvolvimento profissional contínuo para o pessoal de saúde, incluindo os médicos.
12. Utilizem terapias com medicamentos e cirurgia bariátrica consistentes com as normas baseadas em evidência e uma avaliação dos riscos e benefícios associados a ditas terapias.

## **DECLARAÇÃO DE PILANESBERG (IV)**

*(Sobre AIDS e a profissão médica)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da AMM, Pilanesberg, África do Sul, outubro de 2006)*

### **Introdução**

1. O HIV/AIDS é uma pandemia mundial que criou desafios sem precedentes para os médicos e as infraestruturas de saúde. Além de representar uma assombrosa crise de saúde pública, o HIV/AIDS também é fundamentalmente um problema de direitos humanos. Muitos fatores contribuem à propagação da doença, como a pobreza, a falta de moradia, o analfabetismo, a prostituição, o tráfico de seres humanos, o estigma e a discriminação e a desigualdade baseada no sexo. Os esforços para vencer esta doença estão limitados pela falta de recursos humanos e financeiros disponíveis nos sistemas de saúde. Estes fatores sociais, econômicos, legais e de direitos humanos não só afetam a dimensão de saúde pública do HIV/AIDS, mas também os médicos/pessoal de saúde e pacientes individualmente, suas decisões e relações.

### **Discriminação**

2. A discriminação contra os pacientes de HIV/AIDS de parte dos médicos deve ser eliminada completamente da prática da medicina.
  - a. Todas as pessoas com HIV/AIDS têm direito a prevenção, apoio, tratamento e atenção médica adequada, com compaixão e respeito pela sua dignidade humana.
  - b. O médico não pode eticamente rejeitar o tratamento de um paciente cuja condição esteja dentro do marco de sua concorrência, pelo só feito que o paciente é soropositivo.
  - c. As associações médicas nacionais devem colaborar com os governos, grupos de pacientes e organizações nacionais e internacionais pertinentes para assegurar-se que as políticas nacionais de saúde proibam de maneira clara e explícita a discriminação contra as pessoas com HIV/AIDS.

### **Atenção Médica Apropriada/Competente**

3. Os pacientes com HIV/AIDS devem receber atenção médica competente e apropriada em todos os períodos da doença.
4. Se um médico não pode proporcionar a atenção e os serviços de que necessitam os pacientes com HIV/AIDS, esses devem ser encaminhados aos médicos ou estabelecimentos que tenham as equipes para prestar ditos serviços. Até que se realize a transferência, o

médico deve atender o paciente da melhor maneira possível.

5. Os médicos e outros organismos apropriados devem assegurar aos pacientes uma informação precisa sobre os meios de transmissão do HIV/AIDS e as estratégias para proteger-se da infecção. Devem-se tomar medidas inovadoras para assegurar que todos os membros da população e os grupos de risco em particular sejam informados para esse efeito.

6. Com relação aos pacientes que resultaram soropositivos, os médicos devem poder aconselhá-los eficazmente sobre:

a. atitude responsável que devem adotar para evitar a propagação da doença;

b. as medidas que devem adotar para proteger sua própria saúde;

c. a necessidade de avisar a seus casais sexuais e de intercâmbio de seringas, passadas e presentes, e também outros contatos pertinentes (como o pessoal médico e dental) sobre sua possível infecção.

7. Os médicos devem reconhecer que muita gente ainda pensa que o HIV/AIDS é uma condenação à morte automática; por isso muitas pessoas não desejam fazer um exame. Os médicos devem assegurar aos pacientes informações precisas sobre as opções de tratamento disponíveis. Os pacientes devem entender o potencial do tratamento antirretroviral (TARV) para melhorar não só sua condição médica, mas também a qualidade de suas vidas. Um TARV eficaz pode estender muito o período no qual os pacientes podem levar uma vida produtiva e sã, funcionando socialmente no seu lugar de trabalho e mantendo sua independência. O HIV/AIDS é considerado cada vez mais como uma condição crônica manejável.

8. Mesmo que os médicos defendam com ênfase o TARV como a melhor solução para os pacientes com HIV/AIDS, eles também devem assegurar-se que seus pacientes estejam total e precisamente informados sobre todos os aspectos do TARV, incluídos a toxicidade potencial e os efeitos secundários. Os médicos também devem aconselhar seus pacientes com honestidade sobre a possibilidade de fracasso do TARV como primeira instância e das outras opções em dito caso. Deve-se enfatizar a importância de seguir o tratamento e assim diminuir o risco de fracasso.

9. Os médicos devem ser conscientes que a má informação sobre os aspectos negativos do TARV criou resistência ao tratamento em parte dos pacientes de algumas áreas. Quando se divulgue uma má informação sobre o TARV, os médicos e as associações médicas devem ter como prioridade imediata o requerer publicamente a fonte da má informação e trabalhar com a comunidade afetada pelo HIV/AIDS para resistir os efeitos negativos dessa má informação.

10. Os médicos devem incitar a participação de redes de apoio para ajudar a que os pacientes sigam o tratamento TARV. Com o consentimento do paciente, devem-se proporcionar conselho e formação aos familiares com o fim de ajudá-los a apoiar o paciente. Os médicos devem reconhecer que as famílias e outras redes de apoio são elementos cruciais para seguir com os tratamentos, e em muitos lugares são o único meio de ampliar o sistema de atenção, de modo que os pacientes recebam a atenção de que necessitam.

11. Os médicos devem ser conscientes das atitudes discriminatórias para o HIV/AIDS, que estão generalizadas na sociedade e na cultura. Já que os médicos são os primeiros e às vezes os únicos em conhecer a condição HIV dos pacientes, eles devem aconselhar os pacientes sobre seus direitos sociais e legais básicos e responsabilidades ou enviá-los a conselheiros especializados nos direitos das pessoas com HIV/AIDS.

## **Exames**

12. Deve-se exigir o exame obrigatório do HIV para a doação de sangue e os componentes sanguíneos destinados à doação ou à elaboração de produtos sanguíneos, os órgãos e outros tecidos para transplantes e o sêmen ou óvulos colhidos para procedimentos de reprodução assistida.

13. O exame obrigatório do HIV realizado em uma pessoa contra sua vontade é uma violação da ética médica e dos direitos humanos. Podem-se fazer exceções a esta regra nos casos mais extremos e devem ser revisadas por um grupo de expertos em ética ou serem submetidos à revisão judicial.

14. Os médicos devem explicar com clareza o propósito de um exame de HIV, as razões que o recomendam e as consequências de um resultado positivo. Antes de realizar um exame, o médico deve ter um plano de ação em caso de obter um resultado positivo. Deve-se obter o consentimento informado do paciente antes de levar a cabo o exame.

15. Mesmo que alguns grupos sejam catalogados de “alto risco”, toda pessoa que teve uma relação sexual sem proteção deve considerar-se em risco. Os médicos devem ter a iniciativa de recomendar o exame aos pacientes, baseado no entendimento mútuo do nível de risco e o potencial de beneficiar-se com o exame. Deve-se oferecer habitualmente o exame às mulheres grávidas.

16. O exame voluntário anônimo do HIV deve estar disponível para toda pessoa que o solicite, junto com mecanismos de apoio para depois do exame.

## **Proteção contra o HIV no Contexto da Atenção Médica**

17. Os médicos e o pessoal de saúde têm direito a um ambiente de trabalho seguro. Especialmente nos países em desenvolvimento, o problema da exposição ao HIV contribuiu para os altos índices de desgaste da força trabalhista de saúde. Em alguns casos, os empregados se infectam com o HIV, e, em outros casos, o temor à infecção leva o pessoal de saúde a deixar seu trabalho voluntariamente. Esta causa também faz com que o pessoal de saúde se negue a tratar pacientes com HIV/AIDS. Do mesmo modo, os pacientes têm direito a estar protegidos ao máximo do contágio de HIV do pessoal de saúde e em instituições de saúde.

a. Devem-se implementar procedimentos adequados de controle de infecções e precauções universais compatíveis com a maioria das normas nacionais e internacionais atuais, segundo corresponda, em todos os estabelecimentos de saúde. Isto inclui procedimentos para o uso de TARV preventivo para os profissionais de saúde que estiveram expostos ao HIV.

b. Se não há dispositivos de segurança apropriados para proteger aos médicos ou os pacientes da infecção, os médicos e as associações médicas nacionais devem tomar medidas para corrigir esta situação.

c. Os médicos que estejam infectados com o HIV não devem tomar parte em nenhuma atividade em que haja risco de transmissão da doença. No contexto de uma possível exposição ao HIV, a atividade na qual o médico deseje participar será o fator de controle. Um grupo ou comitê de pessoal de saúde com conhecimentos específicos sobre doenças contagiosas deve determinar se uma atividade é aceitável ou não.

d. Ao prestar atenção médica, se existe risco de transmissão de uma doença infecciosa do médico ao paciente, a informação desse risco ao paciente não é suficiente; os pacientes têm direito a esperar que seus médicos não aumentem sua exposição ao risco de contrair uma doença infecciosa.

e. Se não existe risco, a revelação da condição médica do facultativo a seus pacientes não servirá a nenhum propósito prático.

### **Proteção da Privacidade do Paciente e os Problemas Relacionados com a Notificação**

18. O medo do estigma da discriminação é a força que movimenta a propagação do HIV/AIDS. As repercussões sociais e econômicas de ser identificado como infectado são devastadoras, e incluem a violência, a rejeição da família e dos membros da comunidade, a perda de moradia e de emprego, entre outros. A normalização da presença do HIV/AIDS na sociedade através da educação pública é a única maneira de diminuir as atitudes e práticas discriminatórias. Até que isso seja alcançado em nível mundial ou se encontre um remédio, as pessoas que podem estar infectadas se negarão a submeter-se a um exame para evitar assim as consequências. Os efeitos de que as pessoas não saibam da sua situação com relação ao HIV não só são desastrosos em nível pessoal, já que não recebem tratamento, mas também proporcionam altos índices de transmissão da doença, que são evitáveis. O medo da entrega não autorizada de informação também representa uma falta de incentivo para tomar parte na investigação do HIV/AIDS e geralmente afeta a eficácia dos programas de prevenção. A falta de confiança na proteção da informação médica sobre a situação do HIV é uma ameaça para a saúde pública no planeta e constitui um fator principal na propagação contínua do HIV/AIDS. Ao mesmo tempo, em certas circunstâncias, o direito à privacidade deve equilibrar-se com o direito das pessoas com HIV/AIDS serem informadas sobre sua possível infecção. A falta de informação aos casais não só viola seus direitos, mas também produz os mesmos problemas de saúde de uma transmissão evitável e demora no tratamento.

19. Todos os princípios e deveres éticos relacionados com a confidencialidade e a proteção da informação de saúde dos pacientes, estipulados na Declaração de Lisboa da AMM sobre os Direitos do Paciente, se aplicam da mesma maneira para o HIV/AIDS. Além disso, as associações médicas nacionais e os médicos devem considerar as circunstâncias especiais e obrigações relativas ao tratamento dos pacientes com HIV/AIDS.

a. As associações médicas nacionais e os médicos devem, como prioridade, assegurar-se que os programas de educação pública, prevenção e orientação do HIV/AIDS contenham informação explícita sobre a proteção da informação do paciente, não só pelo aspecto da ética médica, mas pelo direito humano à privacidade.

b. Necessitam-se de dispositivos de segurança especiais quando a atenção de casos de HIV/AIDS inclui uma equipe isolada fisicamente, com serviços em domicílios, familiares, conselheiros, pessoal do caso ou outros que necessitam informação médica para prestar uma atenção completa e ajudar a aplicar os tratamentos. Além da implementação de mecanismos de proteção na transmissão de informação, deve-se entregar uma formação ética sobre a privacidade do paciente a todos os membros da equipe.

c. Os médicos devem fazer todo o possível para convencer os pacientes com HIV/AIDS de avisar a todos seus casais (sexuais ou de injeção de drogas) sobre a exposição e possível infecção. Os médicos devem ser competentes ao aconselhar os pacientes sobre as opções para dar aviso a seus casais. Estas opções devem incluir:

– aviso ao casal(s) por parte do paciente. Neste caso, o paciente deve receber conselhos sobre a informação que se deve entregar ao casal e as estratégias para transmiti-la com sensibilidade e de maneira que seja entendida facilmente. Deve-se preparar um programa para comunicar o aviso e o médico deve realizar um seguimento do paciente com o fim de assegurar-se que se deu o aviso.

– aviso ao casal(is) por parte de terceiros. Neste caso, o terceiro deve fazer todo o possível para proteger a identidade do paciente.

d. Quando todas as estratégias para convencer o paciente que tome essas medidas tenham sido esgotadas e se o médico conhece a identidade do casal(is) do paciente, o médico pode estar obrigado, seja pela lei ou pela sua consciência, a tomar medidas e avisar ao casal de seu potencial de infecção. Segundo o sistema existente, o médico dará aviso diretamente à pessoa em risco ou entregará a informação a uma autoridade designada responsável de dar o aviso. Nos casos em que o médico tenha decidido revelar a informação sobre a exposição, o médico deve:

– informar ao paciente de suas intenções;

– até onde seja possível, assegurar que a identidade do paciente seja protegida;

– tomar as medidas apropriadas para proteger a segurança do paciente, especialmente no caso de uma mulher que seja vulnerável à violência intrafamiliar.

e. Sem considerar se é o paciente, o médico ou um terceiro que dá o aviso, à pessoa que conheça seu potencial de infecção se devem oferecer apoio e ajuda para que tenha acesso aos exames e ao tratamento.

f. As associações médicas nacionais devem formular normas para ajudar os médicos a tomar decisões sobre a notificação. Estas normas devem ajudar os médicos a compreender os requisitos legais e as consequências das decisões, da mesma forma que os aspectos médicos, psicológicos, sociais e éticos.

g. As associações médicas nacionais devem trabalhar com os governos para assegurar-se que os médicos que cumprem com sua obrigação de notificar às pessoas em risco, e que tomam precauções para proteger a identidade de seus pacientes, contem com a proteção legal adequada.

## **Educação Médica**

20. As associações médicas nacionais devem ajudar na formação e educação de médicos nas estratégias de prevenção e indicar os tratamentos mais atuais disponíveis para todos os períodos do HIV/AIDS, incluídas a prevenção e a ajuda.

21. As associações médicas nacionais devem insistir e ajudar quando seja possível na educação dos médicos nos aspectos psicológico, legal, cultural e social do HIV/AIDS.

22. As AMNs devem apoiar totalmente os esforços dos médicos que desejam concentrar sua experiência na atenção do HIV/AIDS, inclusive quando esta doença não esteja reconhecida como uma especialidade ou subespecialidade oficial no sistema de educação médica.

23. A AMM insta a seus AMNs promover a inclusão de cursos designados e completos sobre o HIV/AIDS nos programas de educação médica de pré e pós-graduação, da mesma forma que na educação médica contínua.

# **DECLARAÇÃO DE SANTIAGO**

*(Sobre genética e medicina)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Santiago, Chile, 2005)*

## **Introdução**

Durante os últimos anos, o campo da genética experimentou rápidas mudanças e avanços. As áreas de terapia genética e engenharia genética e o desenvolvimento de novas tecnologias apresentam possibilidades que não se podiam imaginar há algumas décadas atrás. O projeto Genoma Humano abriu novas possibilidades de pesquisa. Sua aplicação também resultou útil para a atenção clínica, ao permitir que a medicina utilize os conhecimentos sobre o genoma humano para diagnosticar futuras doenças e também individualizar terapias medicinais (farmacogenomia).

Devido a isto, a genética passou a ser parte integral da medicina de atenção primária. Considerando que antes a genética médica estava dedicada ao estudo dos transtornos genéticos mais raros, o projeto Genoma Humano estabeleceu uma contribuição genética para uma variedade de doenças comuns. Por isso, é obrigatório que todos os médicos tenham conhecimentos práticos neste campo.

A genética é uma área da medicina com enormes consequências médicas, sociais, éticas e legais. A AMM elaborou esta Declaração para abordar algumas destas inquietações e orientar os médicos. Estas normas devem ser atualizadas conforme os avanços no campo da genética.

## **Temas Principais**

### **Exames Genéticos**

A identificação dos genes relacionados com doenças produziu um aumento na quantidade de exames genéticos disponíveis que detectam uma doença ou o risco de uma pessoa contrair essa doença. Já que a quantidade e o tipo de ditos exames e as doenças que detectam aumentam, existe preocupação sobre a confiabilidade e as limitações destes exames, da mesma forma que as consequências do exame e seu relatório. A capacidade da medicina para interpretar os resultados do exame e aconselhar seus pacientes também foi posta à prova pela proliferação de conhecimentos.

O exame genético pode ser realizado antes de a pessoa se casar, para detectar a presença de genes que podem afetar a saúde de um futuro bebê. Os médicos devem fomentar os exames antes do casamento ou da gravidez nas povoações que tenham uma alta frequência de certas doenças genéticas. Deve-se proporcionar orientação genética às pessoas ou casais que optam por submeter-se a esses exames.

Os exames genéticos durante a gravidez devem ser oferecidos como opção. Nos casos nos quais não é possível uma intervenção médica depois do diagnóstico, isto deve ser explicado ao casal antes que tomem a decisão de submeter-se ao exame.

Durante os últimos anos, com a chegada da FIV, os exames genéticos se estenderam ao diagnóstico genético de pré-implantação de embriões (PGD). Isto pode ser uma ferramenta útil nos casos em que um casal tenha muitas possibilidades de conceber um filho com uma doença genética.

Como o objetivo da medicina é tratar, em casos em que não existe doença ou incapacidade a seleção genética não deve ser empregada como um meio para produzir crianças com características predeterminadas. Por exemplo, a seleção genética não deve ser utilizada para escolher o sexo, a menos que exista uma doença relacionada com o sexo. Além disso, os médicos não devem tolerar o uso destes exames para promover atributos pessoais que não tenham relação com a saúde.

O exame genético só deve realizar-se com o consentimento informado da pessoa ou de seu representante legal. O exame genético por predisposição a uma doença só deve realizar-se em adultos que outorguem seu consentimento, a menos que exista tratamento disponível para sua condição e que os resultados do exame facilitem a aplicação adiantada deste tratamento.

O consentimento livre e consciente para o exame genético deve incluir os seguintes fatores:

as limitações do exame genético, incluído o fato de que a presença de um gene específico pode indicar uma predisposição à doença, mas que a doença seja prevista com a possibilidade de desenvolver uma certa doença, em particular com transtornos por diversos fatores. Fato de que uma doença pode manifestar-se de uma ou várias formas e em diversos graus. Informação sobre a natureza e o prognóstico da informação recebida dos exames.

Os benefícios do exame, incluído o alívio da incerteza e a capacidade de tomar decisões informadas, incluída a possibilidade de aumentar ou diminuir as seleções e revisões capazes de regular a implementação de medidas destinadas a reduzir o risco.

As consequências de um diagnóstico positivo e as possibilidades de tratamento.

As possíveis consequências para os familiares do paciente em questão.

No caso de um diagnóstico positivo que possa ter consequências para terceiros, como parentes próximos, deve-se incitar a pessoa que foi examinada a que analise os resultados do exame com esses indivíduos. Nos casos em que não informar os resultados implique uma ameaça direta e iminente para a vida ou a saúde de uma pessoa, o médico pode revelar os resultados a terceiros, mas deve consultar o paciente primeiro. Se o médico tem acesso a um comitê de ética, é preferível consultá-lo antes de revelar os resultados a terceiros.

### **Orientação Genética**

Em geral, a orientação genética se oferece antes de casar-se ou da concepção, com o fim de evitar a possibilidade de conceber uma criança com problemas, durante a gravidez para determinar a condição do feto ou a um adulto para estabelecer se está exposto a certa doença.

Às pessoas que têm um maior risco de conceber um filho com uma doença específica se lhes deve oferecer orientação genética antes da concepção ou durante a gravidez. Por outra parte, aos adultos com mais risco a diversas doenças, como o câncer, as doenças mentais ou neurodegenerativas, nas quais se pode provar o risco, deve se informar a possibilidade da orientação genética.

Devido à complexidade científica dos exames genéticos e às consequências práticas e emocionais dos resultados, a AMM considera que é muito importante dar educação e formação aos estudantes de medicina e aos médicos sobre a orientação genética, especialmente a orientação relacionada com o diagnóstico pré-sintomático da doença. Os orientadores genéticos independentes também cumprem uma função importante. A AMM reconhece que podem produzir-se situações muito complexas que necessitem a participação de especialistas médicos em genética.

Em todos os casos em que se ofereça a orientação genética, essa deve ser de forma sigilosa e deve proteger o direito do paciente a negar-se a ser examinado.

No caso de uma orientação que se dá antes ou durante a gravidez, deve-se dar informação aos futuros pais que sirvam de base para tomar uma decisão sobre a maternidade, mas não devem ser influenciados pela opinião pessoal do médico sobre o tema; além disso, o médico deve ter cuidado de não impor seu próprio julgamento moral ao julgamento dos futuros pais. Quando um médico seja moralmente contrário à anticoncepção ou ao aborto, pode optar por não prestar esses serviços, mas deve advertir os futuros pais que existe um problema genético potencial e deve fazer notar a opção da anticoncepção ou do aborto e também as possibilidades de tratamentos, os exames genéticos pertinentes e a disponibilidade da orientação genética.

### **Confidencialidade dos Resultados**

Da mesma forma que todos os históricos médicos, os resultados dos exames genéticos devem manter-se em estrito segredo e não devem ser revelados a terceiros sem o consentimento da pessoa examinada.

Os médicos devem apoiar a aprovação de leis que garantam que nenhuma pessoa deve ser discriminada com base na sua estrutura genética em matéria de direitos humanos, emprego e seguros.

### **Terapia Genética e Investigação Genética**

A terapia genética representa uma combinação de técnicas utilizadas para corrigir os genes defeituosos que produzem doenças, em particular no campo da oncologia, hematologia e transtornos imunológicos. A terapia genética ainda não é uma terapia consagrada; ainda está em uma etapa de pesquisa clínica. No entanto, devido ao contínuo avanço nesta atividade, deve-se proceder conforme aos seguintes princípios:

A terapia genética que se realiza no contexto da investigação deve cumprir com os requisitos estabelecidos na Declaração de Helsinque,

enquanto a terapia realizada no marco de um tratamento deve cumprir com as normas da prática médica e da responsabilidade profissional.

Sempre deve obter-se o consentimento livre e esclarecido do paciente submetido à terapia. Este consentimento deve incluir os riscos da terapia genética, inclusive o fato de que o paciente pode ter de realizar múltiplas terapias genéticas, o risco de uma resposta imune e os problemas potenciais que surjam da utilização de vetores virais.

A terapia genética só deve ser realizada depois de efetuar uma cuidadosa análise dos riscos e benefícios que implica e uma avaliação da efetividade observada da terapia, comparada com os riscos, efeitos secundários, disponibilidade e efetividade de outros tratamentos.

Agora é possível efetuar uma seleção de embriões para produzir células-tronco ou outras terapias destinadas a um irmão que sofra de um transtorno genético. Isto pode considerar-se uma prática médica aceitável quando não existe evidência que se cria um embrião exclusivamente com este objetivo.

Os descobrimentos genéticos devem ser compartilhados o máximo possível entre países para beneficiar a humanidade e evitar a duplicação da investigação e o risco inerente à investigação neste campo.

No caso da investigação genética realizada com grandes grupos de população, deve-se tratar de evitar a possível estigmatização.

### **Clonagem**

Os últimos avanços na ciência permitiram a clonagem de mamíferos e a possibilidade de utilizar ditas técnicas de clonagem em seres humanos.

A clonagem inclui a clonagem terapêutica, especificamente a clonagem de células-tronco individuais, para produzir uma cópia sã de um tecido ou órgão doente para utilizá-lo em transplante, e a clonagem reprodutiva, isto é, a clonagem de um mamífero existente para produzir a duplicação de dito mamífero. A AMM se opõe à clonagem reprodutiva e em muitos países se considera que ela coloca mais problemas éticos que a clonagem terapêutica.

Os médicos devem atuar conforme os códigos de ética médica de seus países a respeito da clonagem e ter presente a legislação que regula esta atividade.

## **DECLARAÇÃO DE RANCHO MIRAGE (I)**

*(Sobre substâncias químicas e armas biológicas)*

*(Adotada pela 42.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Rancho Mirage, Estados Unidos, outubro de 1990)*

A Associação Médica Mundial chama a atenção da profissão médica ao longo do mundo aos perigos apresentados por substância química e armas biológicas. Entre outros perigos mais óbvios devem ser notados: a) o uso de tais armas teria um efeito devastador na população civil, além do pessoal militar, e não só na área designada mas também em lugares distantes, talvez além dos limites nacionais dos combatentes; b) os efeitos de exposição pelas substância química e armas biológicas apresentam uma ameaça contínua para a saúde de seres humanos em termos de longo prazo, causando possivelmente enfermidade, dano, doenças e defeitos na população por um período longo de tempo; c) os efeitos de exposição de substância química e armas biológicas também podem resultar em mudanças permanentes, complexas e impossíveis de prever no ambiente natural, inclusive animais, na vida das plantas e na provisão de água, destruindo a fonte de comida de seres humanos e resultando em diversas doenças; d) os serviços de cuidados de saúde existentes, a tecnologia e a força de trabalho podem ser incapazes de diminuir o sofrimento causado pela exposição a substâncias químicas e armas biológicas. A Declaração de Associação Médica Mundial de Genebra pede aos médicos que consagrem suas vidas aos serviços da humanidade, entendendo que a saúde do paciente é a primeira consideração do médico, e que o médico não vai usar nenhum conhecimento médico contra as leis de humanidade.

A Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial diz que a missão do médico é salvaguardar a saúde das pessoas. São dedicados o conhecimento e a consciência do médico à realização desta missão.

A Declaração de Associação Médica Mundial de Tóquio começa com a declaração seguinte:

“É o privilégio do médico praticar a medicina a serviço da humanidade, preservar e restabelecer a saúde física e, sem distinção quanto a pessoas, confortar e minorar o sofrimento de seus pacientes. O absoluto respeito pela vida humana deve ser mantido até mesmo sob ameaça, e não deve ser feito uso de qualquer conhecimento médico ao contrário das leis humanas.”

Então, a Associação Médica Mundial considera que seria antiético o médico, cuja missão é prover cuidado de saúde, participar na pesquisa e desenvolvimento de substância química e armas biológicas, e usar seu conhecimento pessoal e científico na criação e fabricação de tais armas.

Além disso, a Associação Médica Mundial: 1) Condena o desenvolvimento e uso de substância química e armas biológicas. 2) Pede a todos os governos que se contenham no desenvolvimento e uso de substância química e armas biológicas. 3) Pede a todas as Associações Médicas Nacionais unir-se ativamente a Associação Médica apoiando esta Declaração.

# DECLARAÇÃO DE RANCHO MIRAGE (II)

*(Sobre controle de dano)*

*(Adotada pela 42.ª Assembleia Médica Mundial em Rancho Mirage, Estados Unidos, outubro de 1990)*

A Associação Médica Mundial, tendo estudado os assuntos relativo a danos e controle de dano em sua Sessão Científica realizada em Hong Kong, em setembro de 1989, recomenda a suas Associações Médicas Nacionais trabalharem com o público apropriado e setores privados em cada país, a fim de desenvolverem e implementarem um programa de controle e prevenção de danos. Incluído neste programa deve estar os esforços para melhorar o tratamento médico e a reabilitação de pacientes feridos. Devem ser aumentadas as pesquisas e a educação em controle de dano, e a cooperação internacional é um componente vital e necessário para o êxito do projeto.

A Associação Médica Mundial encoraja suas Associações Médicas Nacionais para incorporar os seguintes elementos básicos nos seus programas:

## **Introdução**

Danos são a causa principal de morte e inaptidão nas crianças e adultos jovens. Danos destroem a saúde, vidas e sustentos de muitos milhões das pessoas a cada ano. Danos são evitáveis. Oportunidades estão disponíveis para entender e prevenir danos. Podem ser poupadas e melhoradas as vidas tirando proveito de tais oportunidades. Deveria ser reconhecido o controle de dano como prioridade no projeto de saúde pública, que requer coordenação entre as agências de saúde e de serviços sociais em cada país. A participação e a liderança do médico são necessárias para assegurar o sucesso de tal projeto.

## **Epidemiologia**

O esforço inicial para tal projeto deve ser através da aquisição de dados mais adequados para fundamentar prioridades, intervenções e pesquisas. Um sistema de vigilância de dano efetivo deveria ser implementado em cada país para integrar as informações. Um sistema consistente e preciso para codificar danos deve ser implementado por hospitais e agências de saúde. Também deveria haver codificação uniforme da gravidade de dano.

## **Prevenção**

A prevenção de dano requer educação, treinamento e persuasão das pessoas para alterar o comportamento deles e assim controlar o risco de dano. Deveriam ser criadas leis e regulamentos requerendo mudanças de comportamento baseadas em métodos cientificamente capazes de prevenir danos. Estas leis deviam ser estritamente obrigatórias para influenciar efetivamente as mudanças de comportamento. Devem ser encorajadas melhorias das condições ambientais para promover a proteção automática contra danos, pois eles são os meios mais efetivos de prevenir danos.

## **Biomecânica**

A pesquisa biomédica deveria dar prioridade ao estudo da produção e da prevenção do dano. Entendendo-se melhor a biomecânica do dano e da inaptidão, poderia se habilitar o desenvolvimento de proteção melhorada por seres humanos. Regulamentos que pertencem à produção de produtos têm que incorporar padrões de segurança de produtos desenvolvidos e entender melhor a biomecânica do dano.

## **Tratamento**

Administração de Dano deve ser aumentada por um sistema efetivo de comunicação entre médicos. Devem ser providas a remoção e a condução segura para o hospital. Uma equipe experiente de médicos de traumatismos deve estar disponível no hospital. Também deve haver equipamento adequado e material disponível para os cuidados do paciente ferido, incluindo acesso imediato para um banco de sangue. Educação e treinamento de médicos em cuidado de traumatismos devem ser encorajados, assegurando assim boa técnica a toda hora a um número adequado de profissionais.

## **Reabilitação**

As vítimas de traumatismos precisam de uma continuidade de cuidados que não só enfatiza a sobrevivência mas também a identificação e preservação de funções residuais. A reabilitação deve ser empreendida para restabelecer as funções biológicas, psicológicas e sociais, em um esforço capaz de permitir que a pessoa ferida alcance o máximo de autonomia pessoal e um estilo de vida independente. Todo esforço deve ser feito para ajudar o paciente e a família. Reabilitação também pode requerer mudanças no ambiente físico e social do paciente.

# DECLARAÇÃO DE RANCHO MIRAGE (III)

*(Sobre independência e liberdade do médico)*

*(Adotada pela 38.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Rancho Mirage, Estados Unidos, outubro de 1986)*

A Associação Médica Mundial, reconhecendo a importância da independência e da liberdade profissional do médico, adota a seguinte declaração de princípios:

Os médicos têm de reconhecer e têm de apoiar os direitos dos pacientes particularmente como estão na Declaração de Lisboa a Associação Médica Mundial.

Os médicos têm de ter a liberdade profissional para tratar seus pacientes sem interferência, o exercício do juízo e a discricção do profissional médico.

Ao tomar decisões clínicas e éticas no cuidado e tratamento de pacientes, devem ser preservados e devem ser protegidos.

Os médicos têm de ter independência profissional para representar e defender as necessidades de saúde dos pacientes contra tudo que negue ou restrinja o cuidado necessário para esses que estão doentes ou feridos.

Dentro do contexto da prática médica e dos cuidados dos pacientes, deve-se esperar que os médicos solicitem da administração governativa ou social prioridades na distribuição de recursos de saúde. Deve-se criar um conflito de interesse como obrigação do médico para com seus pacientes como forma efetiva de independência profissional do médico em quem o paciente confia.

Enquanto os médicos devem estar conscientes do custo do tratamento médico e ativamente participem em esforços de retenção de custo dentro dos cuidados, é obrigação primária do médico representar os interesses do doente e do ferido contra demandas através da sociedade para retenção de custo que colocaria em risco a saúde de pacientes e talvez a vida deles.

Provedo independência e liberdade profissional do médico, uma comunidade assegura o melhor cuidado de saúde possível para seus cidadãos, que em troca contribuem para uma sociedade forte e segura.

## **DECLARAÇÃO DE SÃO PAULO**

*(Sobre poluição)*

*(Adotada pela 30.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em São Paulo, Brasil, em outubro de 1976, e revisada pela 36.ª Assembleia-Geral da AMM em Cingapura, em outubro de 1984)*

### **Preâmbulo**

A Associação Médica Mundial, considerando o problema de poluição na sua Conferência Científica realizada em São Paulo em 1976, enfatiza a importância do equilíbrio ecológico entre as pessoas e o seu meio ambiente e as tensões que sofrem os países em desenvolvimento social e econômico, além das medidas que eles devem tomar para a melhoria da qualidade de seu ambiente.

O problema de poluição não afeta apenas a viabilidade e beleza do ambiente, mas constitui uma ameaça para a saúde dos humanos que ocupam esse ambiente. Assim, os médicos representam um papel importante na prevenção de doenças advindas da poluição.

### **Definição**

A poluição ambiental pode ser definida como o resultado de ações provocadas conscientemente por pessoas, ou devido a negligência e ignorância que degradam ou contaminam o ambiente natural. Por exemplo, dispor indiscriminadamente desperdícios e material químico pode conduzir à contaminação irreparável da água que é essencial à vida humana.

Certos fatores físicos adversos, como radiações ionizadas e substâncias químicas, como cromo, amianto, e esses a tabaco, são relacionados ao câncer e a outras enfermidades fatais e incapacitantes, inclusive o nascimento de seres humanos com defeitos, os descendentes de pessoas expostas. O controle da exposição de tais fatores teria um efeito saudável na saúde das pessoas e na sua sobrevivência. Então, deveria ser dada prioridade à eliminação de fatores físicos adversos em residência, escola, local de trabalho e em outros lugares.

Os agentes químicos e microbiológicos podem afetar adversamente a saúde de trabalhadores e da população geral. Agentes microbiológicos podem causar doenças contagiosas, como se registra em décadas de experiência. Substâncias químicas podem causar perigos não comunicáveis. Pessoas envolvidas na distribuição de alimentos têm a responsabilidade de minimizar as exposições aos consumidores, não só de agentes microbiológicos prejudiciais, mas também de substâncias químicas agrícolas que aumentam a produção da colheita, e de elementos aditivos impróprios que podem ser usados na preservação de alimentos.

### **Componentes problemáticos**

Entre os agravantes específicos do problema de poluição, podem ser mencionados os seguintes:

a) Poluição de ar que envolve óxido de nitrogênio, oxidantes fotoquímicos, hidrocarbonetos e dióxido de enxofre que comprometem o ar ambiente. Tais substâncias podem causar efeitos fisiopatológicos adversos em crianças e adultos e danificar as plantas e propriedades.

b) Poluição de água devida à descarga do esgoto humano não tratado e de desperdícios agrícolas e industriais lançados em reservatórios de água. Tais descargas contaminam a água de beber por meio de vírus, bactérias e outros microrganismos infecciosos, substâncias químicas inorgânicas e orgânicas e substâncias radioativas. Também a poluição da água resulta na redução de oportunidades recreativas e de recursos

da pesca comercial.

c) Desperdícios sólidos, que atraem roedores e insetos, dispostos em locais degradam o ar e a água; desperdícios podem lançar materiais tóxicos ao ambiente.

d) A saúde pode ser agravada por fontes industriais não tratadas, sistemas inadequados de transporte, além de causar perturbações emocionais.

### **Responsabilidade dos médicos**

Os médicos têm a responsabilidade de educar o público e encorajar a criação e a manutenção de programas de proteção ambiental para suas comunidades.

### **Recomendação**

Os médicos individualmente e as Associações Médicas Nacionais devem agir de forma apropriada para evitar sua responsabilidade precedente.

## **DECLARAÇÃO DE SIDNEY**

*(Adotada pela 22.<sup>a</sup> Assembleia Médica Mundial. Sidney, Austrália, agosto de 1968)*

A determinação da hora da morte é, em muitos países, responsabilidade legal do médico, e assim deverá continuar. Usualmente, ele estará apto para decidir se uma pessoa está morta, sem métodos especiais, apenas empregando os critérios clássicos, conhecidos por todos os médicos.

Duas práticas modernas em Medicina exigiram estudos mais aprofundados sobre esta questão: 1. a capacidade de manter, por meios artificiais, a circulação com sangue oxigenado através dos tecidos do corpo, que podem estar irremediavelmente feridos; 2. o uso de órgãos de cadáveres, tais como coração e rim, para fins de transplantes.

A dificuldade é saber se a morte é um processo gradual ao nível celular, com variações na sua capacidade de substituir a privação de O<sub>2</sub>.

O interesse clínico não fica no estado de preservação celular isolada, mas no destino do ser humano. Aqui, o conceito de morte de diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo tornou-se irreversível depois de utilizadas todas as técnicas de ressuscitação.

Esta determinação deverá ser baseada no julgamento clínico, suplementado, se necessário, por um número de diagnósticos auxiliares, entre os quais o EEG, que é o de maior valor neste diagnóstico.

No entanto, nenhum critério tecnológico isolado é inteiramente satisfatório, no presente estado da Medicina, nem nenhuma técnica ou procedimentos podem ser substituídos pelo julgamento do médico.

Se o caso é de um transplante de órgão, a determinação da morte deverá ser feita por dois ou mais médicos, e estes, ao precisarem o momento daquela, não deverão, em hipótese alguma, preocupar-se com a realização do transplante.

Antes da determinação da morte de uma pessoa, impõe-se eticamente processarem-se todas as tentativas de ressuscitação, e em países onde a lei permite a remoção de órgãos de cadáveres o consentimento deverá estar previamente legalizado.

## **DECLARAÇÃO DE SOMERSET WEST (I)**

*(Sobre violência familiar)*

*(Adotada pela 48.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Somerset West, República da África do Sul, outubro de 1996)*

### **Preâmbulo**

Recordando a Declaração de Hong Kong da Associação Médica Mundial sobre os Maus-Tratos contra o Ancião e a Declaração de Associação Médica Mundial sobre Maus-Tratos e Negligência contra Criança e profundamente preocupada com a violência como um assunto de saúde pública, a Associação Médica Mundial conclama as Associações Médicas Nacionais para intensificar e aumentar seus esforços na atenção ao problema universal da violência familiar.

Violência familiar é um termo aplicado ao mau-trato físico ou emocional de uma pessoa por alguém numa relação íntima com a vítima. O termo inclui violência doméstica, maus-tratos, negligência e abuso sexual à criança, maus-tratos a pessoas mais velhas e muitas vezes agressão sexual. Podem ser encontradas violências familiares em todos os países do mundo, praticadas em ambos os sexos e tipos raciais, étnicos, religiosos e socioeconômicos. Embora varie de cultura para cultura, a violência familiar representa um problema primário de saúde pública em virtude das muitas mortes, danos e consequências psicológicas adversas causadas. O dano físico e emocional pode se apresentar de forma crônica ou, até mesmo, invalidez permanente de muitas vítimas. A violência familiar é associada a crises de depressão, ansiedade, abuso de substância, agressão à autoestima e inclusive suicídio. As vítimas se tornam frequentemente agredidas ou são envolvidas mais tarde

em relações violentas. Embora o enfoque deste documento seja o bem-estar da vítima, não deveriam ser negligenciadas as necessidades do agressor.

### **Posição**

Há uma consciência crescente da necessidade de pensar urgentemente numa forma unificada de ação contra a violência familiar, em lugar de se focar um tipo particular de vítima ou um sistema de comunidade (legal, médico etc.) afetado. Em muitas famílias pode haver agressão ou abuso de crianças, como também de pessoas mais velhas, frequentemente levadas a cabo por um único agressor. Além disso, há evidência significativa de que crianças são vitimadas ou que testemunham violência contra outros membros da família, chegando mais próximo o risco de como adolescentes ou adultos serem vítimas ou agressores pelo fato de ver a violência entre eles. Finalmente, dados mais recentes sugerem que as vítimas de violência familiar são mais prováveis de se tornarem autores de violência contra pessoas estranhas. Tudo isto sugere que cada instância de violência familiar não só pode ter implicações internas na família, mas também pode expandir mais acentuadamente esta violência à sociedade como um todo.

Embora as causas da violência familiar sejam complexas, vários fatores contribuintes são conhecidos. Estes incluem pobreza, desemprego, atitudes de aceitação de violência para resolução de disputa, abuso de substância (particularmente álcool), relações familiares ambíguas, expectativas irreais de outros membros familiares que trazem conflitos interpessoais para dentro da família, vulnerabilidade física ou psicológica de vítimas diante dos agressores, preocupação do agressor com poder e controle, isolamento familiar e social, entre outros.

Os médicos têm um papel importante para atuar na prevenção e no tratamento da violência familiar. Claro que eles administrarão danos, enfermidades e problemas psiquiátricos que derivam do abuso. Os médicos que têm relações terapêuticas com pacientes devem permitir que as vítimas confiem neles sobre vitimização atual ou passada. Os médicos devem inquirir habitualmente sobre violência, como também quando eles notarem manifestações clínicas particulares que podem ser associadas aos maus-tratos. Eles podem ajudar os pacientes a encontrar meios de alcançar segurança e ter acesso a recursos da comunidade que permitirão a intervenção e a proteção na relação abusiva. Eles podem educar os pacientes sobre a progressão e consequências adversas da violência familiar, administração da tensão, disponibilidade de tratamento de saúde mental pertinente e habilidades de conviver com modos de prevenir a violência antes que ela aconteça. Finalmente, os médicos, como cidadãos, como líderes da comunidade e como peritos, podem ser envolvidos em atividades locais e nacionais para diminuir a violência familiar.

### **Recomendações**

1. A Associação Médica Mundial recomenda que as Associações Médicas Nacionais adotem as seguintes diretrizes para os seus associados:

a) Todos os médicos devem receber treinamento adequado nos aspectos clínicos, sociológicos, psicológicos e preventivos de todos os tipos de violência familiar. Isto incluiria treinamento na faculdade sobre os princípios gerais, informação sobre a especialidade específica durante treinamento na residência e continuando a educação médica sobre violência familiar. Estudantes têm que receber treinamento adequado a esses e outros assuntos da dinâmica familiar que contribuem para a violência familiar.

b) Os médicos devem saber o que é próprio da cultura e da história da vitimização atual ou antiga.

c) Os médicos devem considerar habitualmente e devem ser sensíveis a sinais que indicam a necessidade de avaliações adicionais sobre vitimização atual ou antiga como parte da situação geral de saúde das vítimas e como resposta aos achados clínicos sugestivos.

d) Os médicos devem ser encorajados a promoverem cartazes, vídeos ou outros materiais educacionais em salas de recepção e instituições de emergência para oferecer aos pacientes informação geral sobre violência familiar e também como os informar sobre serviços de ajuda local.

e) Os médicos devem estar atentos às comunidades, às sociedades e aos outros serviços que atendem vítimas de violência e onde há referências habituais a elas.

f) Os médicos devem ficar muito atentos à necessidade de manter a confidência em casos de violência familiar, como também informando sobre documentação de casos confirmados a entidade local ou nacional.

g) Os médicos devem ser encorajados a participarem em atividades coordenadas pela comunidade que procuram reduzir a quantidade e o impacto da violência familiar.

h) Os médicos devem ser encorajados a desenvolverem atitudes que não os envolvam com a violência familiar, pois isso pode expor as vítimas, aumentando as agressões.

2. As Associações Médicas Nacionais devem encorajar e devem facilitar a criação de uma coordenação de ação contra a violência familiar entre os componentes da equipe de saúde que se preocupam com sistemas de justiça, sistemas criminais, autoridades de execução da lei, família e grupos de jovens, e as organizações de vítimas. Eles também devem contribuir na consciência pública e na educação de comunidade.

3. As Associações Médicas Nacionais devem encorajar e devem facilitar a pesquisa para entender a prevalência, os fatores de risco, os resultados e os melhores cuidados para vítimas de violência familiar.

## **DECLARAÇÃO DE SOMERSET WEST (II)**

*(Sobre planejamento familiar e o direito da mulher à contracepção)*

Este texto é uma junção de duas Declarações prévias da AMM, isto é, de “O Direito da Mulher à Contraceção” e “Planejamento Familiar”. Ambas estão agora substituídas.

1. A Associação Médica Mundial reconhece que as gravidezes não desejadas podem ter um significativo efeito continuado sobre a saúde das mulheres e de seus filhos. Desse modo, a Associação Médica Mundial aprova o planejamento de família, desde que o objetivo seja a melhoria da vida humana.

2. A Associação Médica Mundial afirma que a todas as mulheres deve ser permitido optar pelo controle da fertilidade através de escolha de um método. A habilidade para regular e controlar a fertilidade deve ser considerada como um componente primário da saúde física e mental e do bem-estar social das mulheres. A contracepção pode prevenir mortes prematuras de mulheres em consequência de gravidezes não desejadas. O planejamento também contribuirá para que a criança sobreviva e possa assegurar maiores oportunidades. Assim, as mulheres têm o direito de saber sobre os seus corpos e devem ter acesso ao aconselhamento médico e social necessário para se beneficiar de um planejamento familiar. Os homens também devem receber instrução sobre contracepção.

3. Muito dos países em desenvolvimento exigem o controle da fertilidade. Nestes países, muitas mulheres que não estão usando contracepção atualmente desejam evitar gravidez. A Associação Médica Mundial afirma que é direito de uma mulher, levando em conta sua nacionalidade, grau social ou credo, e levando em conta a situação familiar, exercitar a escolha individual com respeito à contracepção. Se uma mulher requer um serviço que um médico sente impossibilitado de prover, a mulher deve ser informada. A liberdade das mulheres de ter acesso à contracepção deve ser protegida e deve ser salvaguardada contra qualquer grupo de pressão.

4. A Associação Médica Mundial decide: a) recomendar que cada associação Médica Nacional promova os benefícios da educação de planejamento familiar e trabalhe ativamente com o governo e com outros grupos que se destinam a assegurar a entrega de material, informação e ajuda; b) afirmar seu desejo de apoiar e promover o planejamento familiar, encorajando organizações apropriadas para administrar conferências, simpósios ou estudos em aspectos pertinentes ao planejamento familiar.

## **DECLARAÇÃO DE TEL AVIV (I)**

*(Sobre as relações profissionais entre médicos e farmacêuticos na terapia medicamentosa)*

*(Adotada pela 51.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999)*

### **Introdução**

1. O propósito da terapia medicinal é melhorar a saúde e a qualidade de vida do paciente. Uma boa terapia medicamentosa deve ser segura, eficaz, selecionada judiciosamente e rentável. Deve existir igualdade de acesso à atenção medicinal e uma base de informação precisa e atualizada que satisfaça as necessidades dos pacientes e dos provedores.

2. Os médicos e os farmacêuticos têm responsabilidades complementares e cooperativas para lograr o objetivo de proporcionar uma terapia medicinal ótima. Isto necessita comunicação, respeito, confiança e reconhecimento mútuo da competência profissional de cada um. Quando atende os pacientes o médico pode se centrar no objetivo da terapia, nos riscos e benefícios e nos efeitos secundários. Por outro lado, o farmacêutico pode se deter no uso correto, aderência ao tratamento, dosificação, informação sobre precauções e armazenamento.

**Responsabilidades do Médico** (só com relação à terapia medicamentosa, sem referência à gama completa de responsabilidades de médico)

3. Diagnóstico de enfermidades com base na formação do médico e seus conhecimentos como especialista, e em aceitar a responsabilidade somente do diagnóstico.

4. Avaliação da necessidade de uma terapia medicinal e a prescrição das terapêuticas pertinentes (na consulta com os pacientes, farmacêuticos e outros profissionais da saúde, quando seja apropriado).

5. Repasse de informações aos pacientes sobre diagnóstico, indicações e objetivos do tratamento, como também ação, benefícios, riscos e efeitos secundários potenciais da terapia medicamentosa.

6. Controle e avaliação da resposta da terapia medicinal, progresso dos objetivos terapêuticos, e quando seja necessária revisão do plano terapêutico (quando seja apropriado, em colaboração com os farmacêuticos e outros profissionais de saúde).

7. Fornecimento e divisão da informação em relação à terapia medicinal com outros provedores de atenção médica.

8. Manutenção dos registros adequados para cada paciente, segundo a necessidade de uma terapia e de acordo com a legislação (legislação médica).

9. Manutenção de um alto nível de conhecimentos sobre a terapia medicinal, através da educação médica continuada.

10. Assegurar a obtenção, armazenamento e distribuição segura de medicamentos, que deve ministrar o médico.

11. Seguimento da prescrição para identificar as interações, reações alérgicas, contraindicações e duplicações terapêuticas.

12. Informar as reações adversas aos medicamentos às autoridades de saúde, quando necessário.

**Responsabilidades do Farmacêutico** (só em relação à terapia medicamentosa, sem referência à gama completa de responsabilidades do farmacêutico)

13. Assegurar a obtenção, armazenamento e distribuição segura de medicamentos (dentro das regulamentações pertinentes).

14. Repasse de informações aos pacientes, que pode incluir o nome do medicamento, sua ação, interações potenciais e efeitos secundários, como também o uso e armazenamento corretos.

15. Seguimento da prescrição para identificar interações, reações alérgicas, contraindicações e duplicações terapêuticas. As preocupações devem ser discutidas com o médico.

16. A solicitação do paciente, discussão dos problemas relacionados com medicamentos ou preocupações com respeito aos medicamentos prescritos.

17. Assessoramento aos pacientes, quando corresponda, sobre a seleção e utilização dos medicamentos não prescritos e o manejo dos sintomas ou mal-estares menores (aceitando a responsabilidade do dito assessoramento). Quando a automedicação não é apropriada, pedir aos pacientes que consultem a seus médicos para tratamento e diagnóstico.

18. Informar as reações adversas aos medicamentos às autoridades de saúde, quando necessário.

19. Repasse e repartição de informação geral e específica relacionada com os medicamentos, e assessorar ao público e provedores de atenção médica.

20. Manter um alto nível de conhecimentos sobre a terapia de medicamentos, através de um desenvolvimento profissional continuado.

## **Conclusão**

21. O paciente estará mais bem servido se os farmacêuticos e médicos trabalharem juntos, reconhecendo as obrigações de cada um, a fim de assegurarem que os medicamentos sejam utilizados de maneira segura e apropriada, para lograr o melhor resultado de saúde.

## **DECLARAÇÃO DE TEL AVIV (II)**

*(Sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina)*

*(Adotada pela 51.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999)*

## **Introdução**

1. Durante muitos anos, os médicos têm utilizado a tecnologia das comunicações, como o telefone e o fax, em benefício de seus pacientes. Constantemente se desenvolvem novas técnicas de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e também entre médicos e pacientes. A telemedicina é o exercício da medicina a distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseados em dados, documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação.

2. A utilização da telemedicina tem muitas vantagens potenciais e sua demanda aumenta cada vez mais. Os pacientes que não têm acesso a especialistas, ou inclusive à atenção básica, podem beneficiar-se muito com esta utilização. Por exemplo, a telemedicina permite a transmissão de imagens médicas para realizar uma avaliação a distância em especialidades tais como radiologia, patologia, oftalmologia, cardiologia, dermatologia e ortopedia. Isto pode facilitar muito os serviços do especialista, ao mesmo tempo em que diminui os possíveis riscos e custos relativos ao transporte do paciente e/ou a imagem de diagnóstico. Os sistemas de comunicações como a videoconferência e o correio eletrônico permitem aos médicos de diversas especialidades consultar colegas e pacientes com maior frequência, e manter excelentes resultados dessas consultas. A telecirurgia ou a colaboração eletrônica entre locais sobre telecirurgia faz com que cirurgiões com menos experiência realizem operações de urgência com o assessoramento e a ajuda de cirurgiões experientes. Os contínuos avanços da tecnologia criam novos sistemas de assistência a pacientes que ampliarão a margem dos benefícios que oferece a telemedicina a muito mais do que existe agora. Ademais, a telemedicina oferece um maior acesso à educação e à pesquisa médica, em especial para os estudantes e os médicos que se encontram em regiões distantes.

3. A Associação Médica Mundial reconhece que, a despeito das consequências positivas da telemedicina, existem muitos problemas éticos e legais que se apresentam com sua utilização. Em especial, ao eliminar uma consulta em um lugar comum e o intercâmbio pessoal, a telemedicina altera alguns princípios tradicionais que regulam a relação médico-paciente. Portanto, há certas normas e princípios éticos que devem aplicar os médicos que utilizam a telemedicina.

4. Posto que este campo da medicina está crescendo tão rapidamente, esta Declaração deve ser revisada periodicamente a fim de assegurar que se trate dos problemas mais recentes e mais importantes.

## **Tipos de Telemedicina**

5. A possibilidade de que os médicos utilizem a telemedicina depende do acesso à tecnologia, e este não é o mesmo em todas as partes do mundo. Sem ser exaustiva, a seguinte lista descreve os usos mais comuns da telemedicina no mundo de hoje.

5.1. Uma interação entre o médico e o paciente geograficamente isolado ou que se encontre em um meio em que não tem acesso a um médico local. Chamada às vezes teleassistência, este tipo está em geral restringido a circunstâncias muito específicas (por exemplo, emergências).

5.2. Uma interação entre o médico e o paciente, onde se transmite informação médica eletronicamente (pressão arterial,

eletrocardiogramas etc.) ao médico, o que permite vigiar regularmente o estado do paciente. Chamada às vezes televigilância, esta se utiliza com mais frequência aos pacientes com enfermidades crônicas, como a diabetes, hipertensão, deficiências físicas ou gravidezes difíceis. Em alguns casos, pode-se proporcionar uma formação ao paciente ou a um familiar para que receba e transmita a informação necessária. Em outros casos, uma enfermeira, tecnólogo médico ou outra pessoa especialmente qualificada pode fazê-lo para obter resultados seguros.

5.3. Uma interação onde o paciente consulta diretamente o médico, utilizando qualquer forma de telecomunicação, incluindo a Internet. A teleconsulta ou consulta em conexão direta, onde não há uma presente relação médico-paciente nem exames clínicos, e onde não há um segundo médico no mesmo lugar, cria certos riscos. Por exemplo, incerteza relativa à confiança, confidencialidade e segurança da informação intercambiada, assim como à identidade e credenciais do médico.

5.4. Uma interação entre dois médicos: um fisicamente presente com o paciente e outro reconhecido por ser muito competente naquele problema médico. A informação médica se transmite eletronicamente ao médico que consulta, quem deve decidir se pode oferecer de forma segura sua opinião, baseada na qualidade e quantidade de informação recebida.

6. Independente do sistema de telemedicina que utiliza o médico, os princípios da ética médica, a que está sujeita mundialmente a profissão médica, nunca devem ser comprometidos.

## **Princípios**

### **Relação Médico-Paciente**

7. A telemedicina não deve afetar adversamente a relação individual médico-paciente. Quando é utilizada de maneira correta, a telemedicina tem o potencial de melhorar esta relação através de mais oportunidades para comunicar-se e um acesso mais fácil de ambas as partes. Como em todos os campos da medicina, a relação médico-paciente deve basear-se no respeito mútuo, na independência de opinião do médico, na autonomia do paciente e na confidencialidade profissional. É essencial que o médico e o paciente possam se identificar com confiança quando se utiliza a telemedicina.

8. A principal aplicação da telemedicina é na situação onde o médico assistente necessita da opinião ou do conselho de outro colega, desde que tenha a permissão do paciente. Sem dúvida, em alguns casos, o único contato do paciente com o médico é através da telemedicina. Idealmente, todos os pacientes que necessitam de ajuda médica devem ver seu médico na consulta pessoal e a telemedicina deve limitar-se a situações onde o médico não pode estar fisicamente presente num tempo aceitável e seguro.

9. Quando o paciente pede uma consulta direta de orientação, só se deve dar quando o médico já tenha uma relação com o paciente ou tenha um conhecimento adequado do problema que se apresenta, de modo que o médico possa ter uma ideia clara e justificável. Sem dúvida, deve-se reconhecer que muitos serviços de saúde que não contam com relações preexistentes (como centros de orientação por telefone e certos tipos de serviços) em regiões afastadas são considerados como serviços valiosos e, em geral, funcionam bem dentro de suas estruturas próprias.

10. Numa emergência em que se utilize a telemedicina, a opinião do médico pode se basear em informação incompleta, porém, nesses casos, a urgência clínica da situação será o fator determinante para se empregar uma opinião ou um tratamento. Nesta situação excepcional, o médico é responsável legalmente de suas decisões.

### **Responsabilidades do Médico**

11. O médico tem liberdade e completa independência de decidir se utiliza ou recomenda a telemedicina para seu paciente. A decisão de utilizar ou recusar a telemedicina deve basear-se somente no benefício do paciente.

12. Quando se utiliza a telemedicina diretamente com o paciente, o médico assume a responsabilidade do caso em questão. Isto inclui o diagnóstico, opinião, tratamento e intervenções médicas diretas.

13. O médico que pede a opinião de outro colega é responsável pelo tratamento e por outras decisões e recomendações dadas ao paciente. Sem dúvida, o teleconsultado é responsável ante o médico que trata pela qualidade da opinião que dar e deve especificar as condições em que a opinião é válida. Não está obrigado a participar se não tem o conhecimento, competência ou suficiente informação do paciente para dar uma opinião bem fundamentada.

14. É essencial que o médico que não tem contato direto com o paciente (como o tele-especialista ou um médico que participa na televigilância) possa participar em procedimentos de seguimento, se for necessário.

15. Quando pessoas que não são médicas participam da telemedicina, por exemplo, na recepção ou transmissão de dados, vigilância ou qualquer outro propósito, o médico deve assegurar-se que a formação e a competência destes outros profissionais de saúde sejam adequadas, a fim de garantir uma utilização apropriada e ética da telemedicina.

### **Responsabilidade do Paciente**

16. Em algumas situações, o paciente assume a responsabilidade da coleta e transmissão de dados ao médico, como nos casos de televigilância. É obrigação do médico assegurar que o paciente tenha uma formação apropriada dos procedimentos necessários, que é fisicamente capaz e que entende bem a importância de sua responsabilidade no processo. O mesmo princípio se deve aplicar a um membro da família ou a outra pessoa que ajude o paciente a utilizar a telemedicina.

### **O Consentimento e Confidencialidade do Paciente**

17. As regras correntes do consentimento e confidencialidade do paciente também se aplicam às situações da telemedicina. A informação

sobre o paciente só pode ser transmitida ao médico ou a outro profissional de saúde se isso for permitido pelo paciente com seu consentimento esclarecido. A informação transmitida deve ser pertinente ao problema em questão. Devido aos riscos de filtração de informações inerentes a certos tipos de comunicação eletrônica, o médico tem a obrigação de assegurar que sejam aplicadas todas as normas de medidas de segurança estabelecidas para proteger a confidencialidade do paciente.

### **Qualidade da Atenção e Segurança na Telemedicina**

18. O médico que utiliza a telemedicina é responsável pela qualidade da atenção que recebe o paciente e não deve optar pela consulta de telemedicina, a menos que considere que é a melhor opção disponível. Para esta decisão o médico deve levar em conta a qualidade, o acesso e custo.

19. Deve-se usar regularmente medidas de avaliação da qualidade, a fim de assegurar o melhor diagnóstico e tratamento possíveis na telemedicina. O médico não deve utilizar a telemedicina sem assegurar-se de que a equipe encarregada do procedimento seja de um nível de qualidade suficientemente alto, que funcione de forma adequada e que cumpra com as normas recomendadas. Deve-se dispor de sistemas de suporte em casos de emergência. Devem-se utilizar controles de qualidade e procedimentos de avaliação para vigiar a precisão e a qualidade da informação coletada e transmitida. Para todas as comunicações da telemedicina deve-se contar com um protocolo estabelecido que inclua os assuntos relacionados com as medidas apropriadas que se devem tomar em casos de falta da equipe ou se um paciente tem problemas durante a utilização da telemedicina.

### **Qualidade da Informação**

20. O médico que exerce a medicina a distância sem ver o paciente deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe. O médico só pode dar opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida é suficiente e pertinente para o cerne da questão.

### **Autorização e Competência para Utilizar a Telemedicina**

21. A telemedicina oferece a oportunidade de aumentar o uso eficaz dos recursos humanos médicos no mundo inteiro e deve estar aberta a todos os médicos, inclusive através das fronteiras nacionais.

22. O médico que utiliza a telemedicina deve estar autorizado a exercer a medicina no país ou estado onde reside e deve ser competente na sua especialidade. Quando utilizar a telemedicina diretamente a um paciente localizado em outro país ou estado, o médico deve estar autorizado a exercê-la no referido estado ou país, ou deve ser um serviço aprovado internacionalmente.

### **História Clínica do Paciente**

23. Todos os médicos que utilizam a telemedicina devem manter prontuários clínicos adequados dos pacientes e todos os aspectos de cada caso devem estar documentados devidamente. Deve-se registrar o método de identificação do paciente e também a quantidade e qualidade da informação recebida. Devem-se registrar adequadamente os achados, recomendações e serviços de telemedicina utilizados e se deve fazer todo o possível para assegurar a durabilidade e a exatidão da informação arquivada.

24. O especialista que é consultado através da telemedicina também deve manter um prontuário clínico detalhado das opiniões que oferece e também da informação em que se baseou.

25. Os métodos eletrônicos de arquivamento e transmissão da informação do paciente só podem ser utilizados quando se tenham tomado medidas suficientes para proteger a confidencialidade e a segurança da informação registrada ou intercambiada.

### **Formação em Telemedicina**

26. A telemedicina é um campo promissor para o exercício da medicina e a formação neste campo deve ser parte da educação médica básica e continuada. Devem-se oferecer oportunidades a todos os médicos e outros profissionais de saúde interessados na telemedicina.

### **Recomendações**

27. A Associação Médica Mundial recomenda que as associações médicas nacionais:

27.1. Adotem a Declaração da Associação Médica Mundial sobre as Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina;

27.2. Promovam programas de formação e de avaliação das técnicas de telemedicina, no que concerne à qualidade da atenção relação médico-paciente e eficácia quanto a custos;

27.3. Elaborem e implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício que devem ser usadas como um instrumento na formação de médicos e outros profissionais de saúde que possam utilizar a telemedicina;

27.4. Fomentem a criação de protocolos padronizados para aplicação nacional e internacional que incluam os problemas médicos e legais, como a inscrição e responsabilidade do médico, e o estado legal dos prontuários médicos eletrônicos; e

27.5. Estabeleçam normas para o funcionamento adequado das teleconsultas e que incluam também os problemas da comercialização e da exploração generalizadas.

28. A Associação Médica Mundial segue observando a utilização da telemedicina em suas distintas formas.

## **Introdução**

Durante os últimos anos, o campo da genética experimentou rápidas mudanças e avanços. As áreas de terapia genética e engenharia genética e o desenvolvimento de novas tecnologias apresentam possibilidades que não podiam ser imaginadas há só algumas décadas.

O Projeto Genoma Humano abriu novas possibilidades de investigação. Suas aplicações também resultaram úteis para a atenção clínica, ao permitir que o médico utilize os conhecimentos sobre o genoma humano para diagnosticar futuras doenças e também individualizar terapias medicinais (farmacogenomia).

Devido a isso, a genética passou a ser parte integral da medicina de atenção primária. Considerando que antes a genética médica estava dedicada ao estudo dos transtornos genéticos mais bem raros, o Projeto Genoma Humano estabeleceu uma contribuição genética para uma variedade de doenças comuns. Por isso, é obrigatório que todos os médicos tenham conhecimentos práticos neste campo.

A genética é uma área da medicina com enormes consequências médicas, sociais, éticas e legais. A AMM elaborou esta Declaração para abordar algumas destas inquietudes e orientar aos médicos. Estas normas devem ser atualizadas conforme os avanços no campo da genética.

## **TEMAS PRINCIPAIS**

### **Exames Genéticos**

A identificação dos genes relacionados com doenças produziu um aumento na quantidade de exames genéticos disponíveis que detectam uma doença ou o risco de uma pessoa de contrair essa doença. Já que a quantidade e o tipo de ditos exames e as de doenças que se detectam aumentam, existe preocupação sobre a fiabilidade e as limitações destes exames, ao igual que as consequências do exame e seu relatório. A capacidade do médico para interpretar os resultados do exame e aconselhar a seus pacientes também foi posta à prova pela proliferação de conhecimentos.

O exame genético pode ser realizado antes de casar-se ou de ter filhos para detectar a presença de genes portadores que podem afetar a saúde do futuro bebê. Os médicos devem fomentar os exames antes do casamento ou da gravidez nas populações que tenham uma alta frequência de certas doenças genéticas. Deve ser proporcionada orientação genética às pessoas ou casais que optam por submeter-se a estes exames.

Os exames genéticos durante a gravidez devem ser oferecidos como uma opção. Nos casos em que não é possível uma intervenção médica após o diagnóstico, isto deve ser explicado ao casal antes de que tomem a decisão de submeter ao exame.

Durante os últimos anos, com a chegada da FIV, os exames genéticos estenderam-se ao diagnóstico genético de pré-implantação de embriões (PGD). Isto pode ser uma ferramenta útil nos casos em que um casal tem muitas possibilidades de conceber um filho com uma doença genética.

Como o objetivo da medicina é tratar, em casos em que não existe doença ou incapacidade, a seleção genética não deve ser empregue como um meio para produzir meninos com características predeterminadas. Por exemplo, a seleção genética não deve ser utilizada para eleger o sexo, a não ser que exista uma doença relacionada com o sexo. Assim mesmo, os médicos não devem tolerar o uso destes exames para promover atributos pessoais que não tenham relacionamento com a saúde.

O exame genético só deve ser realizado com o consentimento informado da pessoa ou de seu representante legal. O exame genético por predisposição a uma doença só deve ser realizado em adultos que outorguem seu consentimento, a não ser que exista tratamento disponível para sua condição e que os resultados do exame facilitem a instigação temporã deste tratamento.

### **O consentimento informado total para o exame genético deve incluir os seguintes fatores:**

- a. As limitações do exame genético, incluído o fato de que a presença de um gene específico pode indicar uma predisposição à doença e não mais bem que a doença mesma e não prognóstica definitivamente a possibilidade de desenvolver uma verdadeira doença, designadamente com transtornos por diversos fatores.
- b. O fato de uma doença ter se manifestado de uma ou várias formas e em diversos graus.
- c. Informação sobre a natureza e o prognóstico da informação recebida dos exames.
- d. Os benefícios do exame, incluídos o alívio da incerteza e a capacidade de tomar decisões informadas incluídas, a possibilidade de aumentar ou diminuir as seleções e revisões regulares para programar medidas destinadas a reduzir o risco.
- e. As consequências de um diagnóstico positivo e as possibilidades de tratamento.
- f. As possíveis consequências para os familiares do paciente em questão.

No caso de um diagnóstico positivo que possa ter consequências para terceiros, como parentes próximos, deve ser incitado à pessoa que foi examinada que analise os resultados do exame com esses indivíduos. Nos casos em que o não dar a conhecer os resultados implique uma ameaça direta e iminente para a vida ou a saúde de uma pessoa, o médico pode revelar os resultados a terceiros, mas deve consultar isto geralmente com o paciente primeiro. Se o médico tem acesso a um comitê de ética, é preferível consultá-lo antes de revelar os resultados a

terceiros.

## **Orientação Genética**

Pelo geral, a orientação genética oferece-se antes de casar-se ou da concepção, a fim de evitar a possibilidade de conceber um menino com problemas durante a gravidez para determinar a condição do feto ou a um adulto para estabelecer se estiver exposto a certa doença.

Às pessoas que têm um maior risco de conceber um menino com uma doença específica se lhes deve oferecer orientação genética dantes da concepção ou durante a gravidez. Por outra parte, aos adultos com maior risco a diversas doenças, como o câncer, as doenças mentais ou neurodegenerativas, nas que pode ser provado o risco, deve lhe dar a conhecer a possibilidade da orientação genética.

Devido à complexidade científica dos exames genéticos e às consequências práticas e emocionais dos resultados, a AMM considera que é muito importante incluir na educação e formação dos estudantes de medicina e dos médicos a orientação genética, em especial a orientação relacionada com o diagnóstico pré-sintomático das doenças. Os orientadores genéticos independentes também cumprem uma função importante. A AMM reconhece que podem ser produzidas situações muito complexas que precisem da participação de especialistas médicos em genética.

Em todos os casos em que se ofereça a orientação genética deve ser sem diretoras e deve proteger o direito do paciente a se negar a ser examinado.

No caso de uma orientação que se dá antes ou durante a gravidez, deve-se dar informações aos futuros pais que sirvam de base para tomar uma decisão informada sobre a maternidade, mas não deve ser influenciada pela opinião pessoal do médico sobre o tema, ademais, ele deve ter cuidado para não impor seu próprio julgamento moral ao julgamento dos futuros pais. Quando um médico for moralmente contrário à anticoncepção ou ao aborto, pode-se optar por não prestar estes serviços, mas deve advertir aos futuros pais que existe um problema genético potencial e deve fazer notar a opção da anticoncepção ou do aborto e, também, as possibilidades de tratamentos, os exames genéticos pertinentes e a disponibilidade da orientação genética.

## **Confidencialidade dos Resultados**

Da mesma forma que todos os históricos médicos, os resultados dos exames genéticos devem ser mantidos em estrito segredo e não devem ser revelados a terceiros sem o consentimento da pessoa examinada. Os terceiros a quem certas circunstâncias podem ser revelados os resultados estão identificados na alínea 12.

Os médicos devem apoiar a aprovação de leis que garantam que nenhuma pessoa deve ser discriminada com base na sua estrutura genética em matéria de direitos humanos, emprego e seguros.

## **Terapia Genética e Investigação Genética**

A terapia genética representa uma combinação de técnicas utilizadas para corrigir os genes defeituosos que produzem doenças, designadamente no campo da oncologia, hematologia e transtornos imunes. A terapia genética ainda não é uma terapia ativa, ainda está em uma etapa de investigação clínica. No entanto, devido ao contínuo avanço nesta atividade, deve ser procedido conforme os seguintes princípios:

- a. A terapia genética que se realiza no contexto da investigação deve cumprir com os requisitos estabelecidos na Declaração de Helsinki, enquanto a terapia realizada no enquadramento de um tratamento deve cumprir com as normas da prática médica e responsabilidade profissional.
- b. Sempre deve ser obtido o consentimento informado do paciente submetido a terapia. Este consentimento informado deve incluir os riscos da terapia genética, inclusive o fato de que o paciente pode ter que realizar múltiplas terapias genéticas, o risco de uma resposta imune e os problemas potenciais que surjam da utilização de vetores virales.
- c. A terapia genética só deve ser realizada após efetuar uma cuidadosa análise dos riscos e benefícios que implicam e uma avaliação da efetividade observada da terapia, comparada com os riscos, efeitos secundários, disponibilidade e efetividade de outros tratamentos.

Agora é possível efetuar uma seleção de embriões para produzir células-mãe ou outras terapias destinadas a um irmão que sofra de um transtorno genético. Isto pode ser considerado uma prática médica aceitável quando não existe evidência de que se cria um embrião exclusivamente com este objetivo.

As descobertas genéticas devem ser compartilhadas o máximo possível entre países para beneficiar a humanidade e evitar a duplicação da investigação e o risco inerente à investigação neste campo.

A cartografia dos genes humanos deve ser anônima, mas a informação adquirida pode ser aplicada a qualquer ser humano. Dita informação deve ser propriedade pública. Portanto, não devem ser outorgadas patentes para o genoma humano ou suas partes.

No caso da investigação genética realizada com grandes grupos de população, deve-se evitar a possível estigmatização.

## **Clonagem**

Os últimos avanços na ciência permitiram a clonagem de mamíferos e criam a possibilidade de utilizar ditas técnicas de clonagem em seres humanos.

A clonagem inclui a clonagem terapêutica, especificamente a clonagem de células-mãe individuais para produzir uma cópia sã de um

tecido ou órgão doente para utilizá-la em transplante, e a clonagem reprodutiva, isto é, a clonagem de um mamífero existente para produzir uma cópia sua. A AMM opõe-se à clonagem reprodutiva e, em muitos países, considera-se que propõe mais problemas éticos que a clonagem terapêutica.

Os médicos devem atuar conforme os códigos de ética médica de seus países com respeito à clonagem e ter presente a legislação que regula esta atividade.

## DECLARAÇÃO DE TÓQUIO

*(Linhas mestras para médicos, com relação à tortura e outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante infligidos a detentos e prisioneiros)*

*(Adotada pela 29.ª Assembleia Médica Mundial. Tóquio, Japão. Outubro de 1975)*

### Anexo 1

#### Preâmbulo

É privilégio do médico praticar a medicina a serviço da humanidade, preservar e recuperar a saúde física e mental, sem distinção quanto a pessoas, confortar e minorar o sofrimento de seus pacientes. O absoluto respeito pela vida humana deve ser mantido mesmo sob ameaça, e não deve ser feito uso de qualquer conhecimento médico contrário às leis humanas. Para fins desta Declaração, tortura é definida como a imposição deliberada, sistemática ou injustificável de sofrimento físico ou mental, por uma ou mais pessoas, agindo por conta própria, ou por ordem de qualquer autoridade, a fim de obrigar a outra pessoa a entregar informações, fazer uma confissão, ou por qualquer outro motivo.

#### Declaração

1. O médico não aprovará, tolerará ou participará da aplicação de tortura, ou outra forma de procedimento cruel, desumano ou degradante, qualquer que seja a ofensa da qual a vítima de tal procedimento seja suspeita, acusada ou culpada, e quaisquer que sejam os credos ou razões da vítima, e isto em todas as situações, inclusive conflito armado ou comoção civil.

2. O médico não fornecerá qualquer local, instrumento, substância ou conhecimento para facilitar a prática da tortura, ou de outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, ou para reduzir a capacidade das vítimas de resistir a tal tratamento.

3. O médico não estará presente durante qualquer procedimento em que tortura, ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante, seja usada ou ameaçada.

4. O médico deve completa independência clínica ao decidir a respeito dos cuidados dispensados a uma pessoa que esteja sob sua responsabilidade profissional. A missão fundamental do médico é aliviar o sofrimento do próximo, e nenhum motivo – quer pessoal, coletivo ou político – prevalecerá sobre este propósito superior.

5. Quando um prisioneiro recusar alimento mas for considerado capaz de elaborar um raciocínio correto e racional relativo às consequências de tal recusa voluntária ao alimento, ele não será alimentado artificialmente. A decisão quanto à capacidade do prisioneiro em formar tal raciocínio deverá ser confirmada por, pelo menos, um outro médico independente. As consequências da recusa ao alimento serão explicadas pelo médico ao prisioneiro.

6. A Associação Médica Mundial apoiará e deverá encorajar a comunidade internacional, as associações médicas nacionais e os médicos associados a apoiar o médico e sua família no caso de ameaça ou represálias resultantes de uma recusa em tolerar o uso de tortura, ou outra forma de tratamento cruel, desumano ou degradante.

### Anexo 2

Declaração a respeito da proteção de todas as pessoas contra submissão à tortura e outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. 1.º Para fins desta Declaração, tortura significa qualquer ato através do qual dor ou sofrimento agudo, quer físico, quer mental, é intencionalmente imposto por ou mediante instigação de um servidor público a uma pessoa, visando a obter dela, ou de uma terceira pessoa, informações ou confissão, punindo-a por um ato que ela tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido, ou, ainda, intimidando-a ou a outras pessoas. Ela não inclui dor ou sofrimento oriundo, inerente ou incidental de sanções legais, até o ponto consistente com as Normas Padrões Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros. Tortura constitui uma forma exacerbada e deliberada de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. 2.º Qualquer ato de tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano e degradante é uma ofensa à dignidade humana e será condenado como uma negação dos propósitos da Carta das Nações Unidas e como uma violação dos direitos e liberdades fundamentais da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Art. 3.º Nenhum Estado poderá permitir ou tolerar a tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano ou degradante. Circunstâncias excepcionais, tais como estado de guerra, ou ameaça de guerra, instabilidade política interna, ou qualquer outra emergência pública, não poderão ser invocadas como justificativa de tortura, ou outro tratamento, ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. 4.º Consoantemente com os dispositivos desta Declaração, cada Estado tomará medidas efetivas para impedir que tortura e outro

tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante sejam praticados em sua jurisdição.

Art. 5.º O treinamento de pessoas encarregadas da manutenção da lei e de outros funcionários públicos poderá ser responsável por pessoas privadas de sua liberdade e assegurarão que plena responsabilidade seja assumida pela proibição de tortura e outro tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante. Esta proibição, quando cabível, também será incluída em tais normas ou instruções gerais que possam ser expedidas em relação a deveres e funções de qualquer pessoa que possa estar envolvida com a custódia ou tratamento de tais pessoas.

Art. 6.º Todo Estado manterá sob revisão sistemática os métodos e práticas de interrogatório, assim como as providências para a custódia e tratamento de pessoas privadas de sua liberdade em seu território, com vistas a evitar quaisquer casos de tortura, ou de outro tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante.

Art. 7.º Cada Estado assegurará que todos os atos de tortura, conforme definidos no art. 1.º, sejam crimes segundo o seu Direito Penal. O mesmo aplicar-se-á em relação a atos que constituam participação, cumplicidade, estímulo ou tentativa de infligir tortura.

Art. 8.º Qualquer pessoa alegando que tenha sofrido tortura, ou outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, por instigação de um funcionário público, disporá do direito de se queixar e ter seu caso examinado de forma imparcial pelas autoridades competentes do mesmo Estado.

Art. 9.º Sempre que houver fundamentos razoáveis para se acreditar que um ato de tortura, conforme definido no art. 1.º, tenha sido cometido, as autoridades competentes do Estado em causa promoverão imediata investigação imparcial, mesmo que não tenham denúncia formal.

Art. 10. Caso uma investigação, segundo o art. 8.º ou o art. 9.º, determine que um ato de tortura, como definido no art. 1.º, tenha sido presumivelmente cometido, serão instituídos processos penais contra o suposto criminoso, de acordo com a legislação nacional. Se uma alegação de outras formas de tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante for considerada bem fundamentada, o suposto criminoso, ou os supostos criminosos, serão sujeitos aos competentes processos penais, disciplinares, ou outros.

Art. 11. Quando ficar provado que um ato de tortura, ou outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante foi cometido por, ou mediante instigação de um funcionário público, serão dados à vítima desagravo e compensação, segundo a legislação nacional.

Art. 12. Qualquer declaração que tenha sido feita como resultado de tortura, ou outro tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, não poderá ser invocada como prova contra a pessoa em causa, ou contra qualquer pessoa, em qualquer processo.

## DECLARAÇÃO DE VANCOUVER (I)

*(Sobre a degradação ambiental e o manejo de produtos químicos)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da AMM, Vancouver, Canadá, outubro de 2010)*

### **Introdução**

Esta declaração aborda uma feição importante da degradação ambiental que é a contaminação ambiental com substâncias domésticas e industriais perigosas. Enfatiza a perigosa contribuição química à degradação ambiental e a função dos médicos na promoção do bom manejo dos produtos químicos como parte do desenvolvimento sustentável, em especial no enquadramento da saúde. A maioria dos produtos químicos que estão expostos aos seres humanos é de origem industrial e incluem aditivos alimentares, produtos cosméticos e de consumo doméstico, agroquímicos e outras substâncias (medicamentos, suplementos dietéticos) utilizados para fins terapêuticos. Recentemente, a atenção concentrou-se nos efeitos dos produtos químicos realizados pelo homem (ou sintéticos) no médio ambiente, incluídos os industriais ou agroquímicos específicos e em novos padrões de distribuição de substâncias naturais devido à atividade humana. Já que a quantidade destes componentes multiplicou-se, os governos e as organizações internacionais começaram a preparar uma focagem mais completa para uma regulação segura. Embora os governos tenham a responsabilidade principal de estabelecer um enquadramento para proteger a saúde do público dos perigos dos produtos químicos, a Associação Médica Mundial, em representação dos seus membros, enfatiza a necessidade de assinalar os riscos para a saúde humana e apresentar recomendações destinadas à adoção de medidas.

### **Antecedentes**

#### **Produtos químicos preocupantes**

Durante os últimos cinquenta anos, o uso de pesticidas e fertilizantes químicos dominou a prática na agricultura e as indústrias manufatureiras expandiram rapidamente o uso de produtos químicos sintéticos à produção de bens de consumo e industriais. A preocupação maior é pelos produtos químicos que se mantêm no médio ambiente, têm um baixo índice de degradação, se acumulam no tecido humano e animal (se concentram enquanto ascendem na corrente alimentares) e que têm importante impacto daninho na saúde humana e no médio ambiente (em especial em baixas concentrações). Alguns metais que se produzem naturalmente, incluído o chumbo, mercúrio e cádmio, têm um uso industrial e também são preocupantes. Avanços em investigações sobre saúde ambiental, incluídas mostras ambientais e humanas e técnicas de medição, junto a uma melhor informação sobre o potencial dos efeitos de baixas doses na saúde humana, ajudaram a acentuar as preocupações emergentes. Os efeitos das emissões químicas para a saúde podem ser diretos (como um efeito imediato da emissão) ou indiretos. Os efeitos indiretos na saúde são causados pelos efeitos da má qualidade da água, ar e alimentos, e também alterações no sistema global, como a camada de ozônio e o clima.

## **Medidas Nacionais e Internacionais**

O modelo de regulação dos produtos químicos varia dentro dos países e entre estes, de controles voluntários a legislação estatutária. É importante que todos os países procurem uma focagem de legislação coerente, estandardizada e nacional para um controle regulatório. Ademais, as regulações internacionais devem ser coerentes, de modo que os países em desenvolvimento não sejam forçados por circunstâncias econômicas a evitar regulações nacionais potencialmente débeis. Um exemplo do enquadramento legislativo pode-se consultar em: <http://ec.europa.eu/environment/chemicals/index.htm>. Os produtos químicos sintéticos incluem todas as substâncias que são produzidas ou resultaram de atividades humanas, incluídos os produtos químicos industriais e domésticos, fertilizantes, pesticidas, químicos em produtos e desperdícios, prescrições e medicamentos sem receitas e suplementos dietéticos, da mesma forma que subprodutos de processos industriais ou incinerações, como as dioxinas. Ademais, em algumas circunstâncias, os materiais podem estar regulados por normas de produtos químicos sintéticos, mas em outros casos pode ser necessária uma regulação explícita.

## **Acordos internacionais notáveis sobre produtos químicos**

Existem vários acordos notáveis sobre produtos químicos. Estes foram inspirados pela primeira Declaração da Conferência da ONU sobre o Médio Humano em 1972 (Estocolmo) sobre o *download* de substâncias tóxicas no médio ambiente. Estes acordos incluem o Convênio de Basileia sobre o controle dos movimentos fronteiriços dos meios perigosos de 1989, a Declaração do Rio sobre o meio ambiente e o desenvolvimento de 1992, o Convênio de Rotterdan sobre consentimento informado e envio de substâncias perigosas de 1998 e o Convênio de Estocolmo sobre poluentes orgânicos persistentes de 2001. Deve-se fazer notar que se dispõe de pouca informação sobre a eficácia dos controles.

## **Focagem estratégica para a gestão de produtos químicos a nível internacional**

A contaminação ambiental perigosa a nível mundial persiste, apesar destes acordos, o que faz essencial uma focagem mais completa dos produtos químicos. As razões da atual contaminação incluem a persistência das companhias, absoluta falta de controle em alguns países, falta de consciência dos perigos potenciais, incapacidade de aplicar o princípio de precaução, falta de ratificação dos diversos convênios e tratados e falta de vontade política. A Focagem Estratégica para a Gestão de Produtos Químicos a Nível Internacional (SAICM) foi adotada em Dubai em 6 de fevereiro de 2006 por delegados há mais de 100 governos e representantes da sociedade civil. Este é um plano internacional voluntário elaborado para assegurar o bom manejo dos produtos químicos ao longo do seu ciclo de vida, de maneira que em 2020 os produtos químicos sejam utilizados e produzidos de maneira que se diminuam ao mínimo os efeitos adversos para a saúde humana e o médio ambiente. O SAICM inclui os produtos químicos da agricultura e industriais, cobre todos os passos do ciclo de vida dos produtos químicos de fabricação, uso e eliminação e inclui os químicos em produtos e desfechos.

## **Recomendações da Associação Médica Mundial (AMM)**

Apesar destas iniciativas nacionais e internacionais, a contaminação química do médio ambiente, devido a um controle inadequado da produção e uso de produtos químicos, segue tendo efeitos daninhos para a saúde pública em geral. Existe uma clara evidência que relaciona a alguns produtos químicos com certos problemas de saúde, mas não há evidência para todos os produtos químicos, em especial os materiais novos, designadamente com doses baixas durante longos períodos. Com frequência solicita-se aos médicos e ao setor de saúde que tomem decisões sobre pacientes e o público em geral, baseadas em informação existente. Portanto, os médicos advertem que eles também cumprem uma função importante para diminuir a brecha entre a elaboração de políticas e o manejo dos produtos químicos e em diminuir os riscos para a saúde humana.

## **A Associação Médica Mundial recomenda que:**

As associações médicas nacionais (AMNs) apoiem a legislação que diminua a contaminação química, a exposição humana aos produtos químicos e monitore os produtos químicos perigosos tanto para o ser humano como para o médio ambiente e atenuem os efeitos da exposição tóxica para a saúde com especial atenção à vulnerabilidade durante a gravidez e nos primeiros anos da infância.

As AMNs instem aos seus governos a apoiar os esforços internacionais para restringir a contaminação química através de uma gestão segura, ou interrupção ou substituição mais segura quando não se possa manejar (por exemplo, asbesto), com uma atenção particular aos países desenvolvidos que ajudam aos emergentes a conseguir um médio ambiente seguro e boa saúde para todos.

As AMNs facilitem uma melhor comunicação entre os ministérios/departamentos de governo responsáveis pelo médio ambiente e a saúde pública.

Os médicos e as suas associações médicas apoiem a proteção ambiental, deem a conhecer os elementos dos produtos, o desenvolvimento sustentável e a química verde nas suas comunidades, países e regiões.

Os médicos e as suas associações médicas devem apoiar a eliminação progressiva do mercúrio e produtos químicos bioacumulativos e tóxicos persistentes nos aparelhos e produtos de saúde.

Os médicos e as suas associações médicas devem apoiar a legislação que requeira uma avaliação ambiental e de impacto para a saúde dantes de introduzir um novo produto químico ou uma nova instalação industrial.

Os médicos devem incentivar a publicação de evidência dos efeitos dos diferentes produtos químicos e doses na saúde humana e o médio ambiente. Estas publicações devem estar disponíveis a nível internacional e para os meios de comunicações, organizações não governamentais (ONGs) e cidadãos interessados a nível local.

Os médicos e as suas associações médicas apoiem a criação de sistemas eficazes e seguros para coletar e eliminar os medicamentos que

não são consumidos.

Os médicos e as suas associações médicas devem apoiar os esforços para reabilitar ou limpar zonas de degradação ambiental baseados no princípio de precaução de “o contaminador paga” e assegurar que ditos princípios sejam incluídos na legislação.

A AMM, AMNs e médicos devem instar aos governos a colaborar nos departamentos e entre eles a assegurar que se elabore uma regulação coerente.

### **Liderança**

A AMM:

Apoia os objetivos da Focagem Estratégica para a Gestão de Produtos Químicos a Nível Internacional (SAICM) que promove melhores práticas na manipulação dos produtos químicos através da utilização de substituição mais segura, diminuição de desfechos, criação sustentável não tóxica, reciclagem e também a manipulação segura e sustentável dos desfechos no setor saúde.

Adverte que estas práticas químicas devem ser coordenadas com esforços para diminuir os gases de efeito de inverno na saúde para mitigar a sua contribuição ao aquecimento mundial.

Insta aos médicos, associações médicas e países a trabalhar em conjunto para criar sistemas de alarme de eventos, a fim de assegurar de que os sistemas de saúde e os médicos estejam informados dos acidentes industriais de alto risco quando ocorram e recebam informações precisas e oportunas sobre o manejo destas emergências.

Insta às organizações locais, nacionais e internacionais a que se centrem na produção sustentável, substituição segura, trabalhos verdes seguros e consulta com a comunidade da saúde para se assegurar que os impactos daninhos do desenvolvimento na saúde sejam antecipados e reduzidos ao mínimo.

Enfatiza a importância da eliminação segura dos medicamentos como uma feição da responsabilidade em saúde e a necessidade de um trabalho conjunto para criar modelos de melhor prática, a fim de diminuir esta parte do problema de desfechos químicos.

Insta a classificação ambiental dos medicamentos para estimular a prescrição de medicinas menos daninhas para o médio ambiente.

Insta a investigação atual no impacto da regulação e do monitoramento dos produtos químicos na saúde humana e do meio ambiente.

### **A AMM recomenda que os médicos:**

Trabalhem para diminuir os desfechos médicos tóxicos e exposições no enquadramento profissional como parte da campanha da Aliança Mundial de Profissionais da Saúde para a prática positiva.

Trabalhem para entregar informação sobre os impactos em saúde associados com a exposição a produtos químicos tóxicos, como reduzir a exposição do paciente a agentes específicos e incentivar as condutas que melhorem a saúde em geral.

Informem aos pacientes sobre a importância da eliminação segura dos medicamentos que não são consumidos.

Trabalhem com outros para abordar as brechas em investigação sobre o médio ambiente e a saúde (por exemplo, padrões e ônus das doenças atribuídas à degradação ambiental; impactos na comunidade e o lar dos produtos químicos industriais; as populações mais vulneráveis e proteções para elas). Educação profissional e criação de capacidade.

### **A AMM recomenda que:**

Os médicos e as suas associações profissionais ajudem a criar consciência profissional e pública da importância do ambiente e os poluentes químicos globais na saúde profissional.

As associações médicas nacionais (AMNs) e as associações profissionais de médicos creem instrumentos para que os médicos ajudem a avaliar os riscos dos seus pacientes à exposição química.

Os médicos e as suas associações profissionais estabeleçam a nível local a educação médica contínua apropriada sobre os signos clínicos, diagnóstico e tratamento das doenças que são introduzidas nas comunidades, como consequência da contaminação química e exacerbadas pela mudança climática.

A saúde ambiental e a medicina do trabalho devem ser um tema central na educação médica. As escolas de medicina devem fomentar a formação de suficientes especialistas em saúde ambiental e medicina do trabalho.

## **DECLARAÇÃO DE VANCOUVER (II)**

*(Sobre violência familiar)*

*(Adotada pela 48.ª Assembleia-Geral Somerset West, África do Sul, Outubro 1996, revisada sua redação na 174.ª Sessão do Conselho, Pilanesberg, África do Sul, Outubro 2006 e a 61.ª Assembleia-Geral da AMM, Vancouver, Canadá, Outubro 2010)*

### **Introdução**

Fazendo alusão às Declarações da AMM sobre os maus-tratos de Idosos e Abandono de Crianças e muito preocupada com a violência como problema de saúde pública, a Associação Médica Mundial insta às associações médicas nacionais a intensificar e alargar sua ação com

a análise do problema de violência familiar.

A violência familiar é um termo aplicado aos maus-tratos físico e emocional de uma pessoa por alguém que está em estreito relacionamento com a vítima. O termo inclui a violência no lar (às vezes chamada casal, homens ou mulheres golpeadas), maus-tratos físicos e abandono do menino, abuso sexual do menino, maus-tratos do idoso e muitos casos de agressão sexual. A violência familiar pode ser constatada em qualquer país do mundo, sem importar o sexo nem todos os estratos raciais, étnicos, religiosos e socioeconômicos. Embora as definições variem segundo a cultura, a violência familiar representa um importante problema de saúde pública, devido às mortes, feridas e suas consequências psicológicas adversas. O dano físico e emocional pode representar danos crônicos para muitas vítimas. A violência familiar vai associada a um grande risco de depressão, angústia, abuso substancial e comportamento autodestrutivo, incluído o suicídio. As vítimas com frequência convertem-se em agressores ou participam em relacionamentos violentos mais tarde. Embora a focagem deste documento seja o bem-estar da vítima, não devem ser esquecidas as necessidades do agressor.

Embora as causas da violência familiar sejam complexas, conhecem-se certos fatores que contribuem a ela. Estes incluem a pobreza, desemprego, outros tipos de stress exógenos, atitudes de aceitação da violência para resolver disputas, abuso de substâncias (em especial o álcool), papéis de gênero rígidos, poucos conhecimentos como pais, papéis familiares ambíguos, expectativa irreal de outros membros da família, conflitos interpessoais na família, vulnerabilidade física ou psicológica, real ou aparente, das vítimas por parte do agressor, preocupação do agressor pelo poder e controle e isolamento social familiar, entre outros.

## **Posição**

Existe uma crescente convicção da necessidade de considerar e adotar medidas frente à violência familiar de maneira unida, em local de concentrar em um tipo de vítima designadamente ou comunidade afetada. Em muitas famílias onde se golpeia ao casal, por exemplo, pode também ter maus-tratos de um menino ou um idoso, com frequência perpetrado por um só agressor. Ademais, existe suficiente evidência de que os meninos que são vítimas ou testemunhas de violência contra outros membros da família, têm mais adiante maior risco como adolescentes ou adultos de voltar a serem vítimas ou se converterem em agressores. Por último, informação mais recente sugere que as vítimas de violência familiar têm também mais probabilidades de se converter em agressores violentos contra pessoas não conhecidas. Tudo isto indica que a cada caso de violência familiar não só pode ter consequências a mais violência familiar, senão que também um maior espectro de violência na sociedade.

Os médicos e as AMNs devem ser contrários às práticas violentas como assassinatos por dote ou por honra.

Os médicos e as AMNs devem ser contrários à prática de casais de meninos.

O médico desempenha um papel importante na prevenção e tratamento da violência familiar. Por suposto que trata as feridas, doenças e problemas psiquiátricos derivados dos maus-tratos. Os relacionamentos terapêuticos que tem o médico com o paciente podem permitir que as vítimas lhe confiem agressões atuais ou passadas. O médico deve ser informado sobre a violência regularmente e também quando assiste a apresentações clínicas especiais que podem ter relacionamento com os maus-tratos. Isto pode ajudar aos pacientes a encontrar métodos de conseguir a segurança e um acesso aos recursos da comunidade, que permitirão a proteção ou intervenção no relacionamento de maus-tratos. O médico pode informar ao paciente sobre a progressão e as consequências adversas da violência familiar, manejo do stress e disponibilidade de tratamento de saúde mental pertinente e conhecimentos como pais, de maneira de evitar a violência dantes que se presente. Por último, o médico como cidadão, líder da comunidade e experiente em medicina pode participar em atividades locais e nacionais destinadas a diminuir a violência familiar.

Os médicos reconhecem que as vítimas da violência de início podem ter dificuldades de confiar neles. Os médicos devem estar preparados para criar um relacionamento de confiança com seus pacientes até que possam dar conselhos, ajuda e intervenção.

## **Recomendações**

A Associação Médica Mundial recomenda que as associações médicas nacionais adotem as seguintes normas para os médicos:

\* Todo médico deve receber uma formação adequada nas feições médicas, sociológicas, psicológicas e preventivos de todo tipo de violência familiar. Isto deve incluir uma formação nos princípios gerais de avaliação e administração, na escola de medicina e informação específica e de especialidade durante a pós-graduação, como também a educação médica contínua sobre a violência familiar. Os estudantes devem receber uma formação adequada no papel do gênero, poder e outros problemas que contribuem à violência familiar. A formação também deve incluir a inclusão adequada de evidência, documentação e relatórios, em caso de abuso.

\* O médico deve saber como obter a história apropriada e culturalmente sensível das agressões atuais e passadas.

\* O médico deve considerar regularmente e ser sensível aos signos que indiquem a necessidade de outras avaliações de agressões passadas ou atuais, como parte do exame de saúde geral ou em resposta a descobertas clínicas sugestivas.

\* Deve ser motivado ao médico para que proporcione cartões, brochuras, vídeos ou outro material educacional nas salas de espera e departamentos de emergência, a fim de oferecer a pacientes informação geral sobre a violência familiar, como também os informar sobre os serviços locais de ajuda.

\* O médico deve conhecer os serviços sociais, da comunidade ou outros que sejam de utilidade às vítimas da violência, e se referir a eles e os utilizar habitualmente.

\* O médico tem a obrigação de considerar informar aos serviços de proteção apropriados envelope a suspeita de violência contra os meninos e outros familiares sem capacidade legal.

\* O médico deve ter muito presente a necessidade de manter o segredo em casos de violência familiar.

\* Deve ser motivado ao médico para que participe em atividades coordenadas pela comunidade, destinadas a diminuir a quantidade e

consequências da violência familiar.

\* Deve ser motivado ao médico para que não tenha atitudes de julgamento para os envolvidos na violência familiar, de maneira que se realize sua capacidade de influenciar as vítimas, sobreviventes e agressores. Por exemplo, deve ser julgada a conduta, mas não a pessoa.

\* As associações médicas nacionais devem favorecer e facilitar a coordenação de medidas contra a violência familiar entre os componentes do sistema de atenção médica, sistema de justiça criminoso, autoridades policiais, julgados de família e juvenis, e organizações de serviços às vítimas. Também devem respaldar os programas de tomada de consciência pública e de educação da comunidade.

\* As associações médicas nacionais devem favorecer e facilitar a investigação para compreender a frequência, fatores de risco, resultados e ótima atenção das vítimas de violência familiar.

## DECLARAÇÃO DE VANCOUVER (III)

*(Sobre a violência contra as mulheres e meninas)*

*(Adotada pela 61.ª Assembleia-Geral da AMM, Vancouver, Canadá, Outubro de 2010)*

A violência é um fenômeno mundial institucionalizado e um problema complexo com as mais variadas manifestações. A natureza da violência experimentada pelas vítimas depende em parte dos contextos social, cultural, político e econômico em que vivem as vítimas e seus agressores. Alguma violência é deliberada, sistemática e generalizada, enquanto outros a experimentam em circunstâncias cobertas; isto é especialmente verdadeiro com a violência doméstica em enquadramentos em que as mulheres desfrutam de direitos iguais e protegidos como os homens, mas culturalmente ainda têm uma alta probabilidade de sofrer violência doméstica com ameaça para a vida.

Existe clara evidência na maioria dos países que os homens com frequência podem ser, e o são, vítimas da violência, incluída a gerada por seu casal. Também estatisticamente é bem mais provável que sejam vítimas de violência aleatória nas ruas. Investigações mostram que embora os homens experimentem estes eventos com frequência, não estão associados com um abuso sistemático quanto à negação de direitos, o que faz com que a experiência das mulheres seja muito pior em muitas culturas. Nada neste documento sugere que a violência contra os homens, incluídos os meninos, deve ser tolerada. As ações para proteger as mulheres e as meninas é provável que diminua a experiência de violência da cada um.

### **Definição de violência**

As definições de violência variam, mas é essencial que as diversas formas de maus-tratos sejam reconhecidas pelos que elaboram tais políticas. A violência contra as mulheres e as meninas inclui a violência na família, na comunidade e a violência perpetrada (ou tolerada) pelo Estado. Dão-se muitas desculpas para a violência em general e de maneira específica; em termos de sociedade e culturais elas incluem a tradição, crenças, costumes, valores e religião. Embora se cite muito raramente, a tradicional diferença de poder entre homens e mulheres também é uma causa importante.

Na família e em um enquadramento doméstico, a violência inclui a negação dos direitos e liberdades que desfrutam meninos e homens. Entre eles o aborto e o infanticídio feminino, o abandono sistemático e deliberado das meninas, incluída a má alimentação e negação de oportunidades de educação, ao igual que a violência física, psicológica e sexual direta. As práticas culturais específicas que maltratam as mulheres, incluída a mutilação genital feminina, casamentos forçados, ataques por dote e os chamados assassinatos por defesa da “honra” são todas práticas que podem ser dado no enquadramento familiar.

Na sociedade, as atitudes diante da violação, abuso e assédios sexuais, intimidação no trabalho ou na educação, escravatura, tráfico e prostituição forçada são todas forma de violência que não podem ser toleradas por nenhuma sociedade. Uma forma extrema de dita violência é a violência sexual utilizada como uma arma de guerra. Em vários conflitos recentes (os Balcanes, Ruanda), a violação esteve associada com a limpeza étnica e especificamente, em alguns casos, utilizou-se para introduzir o SIDA na comunidade. O CICR examinou este tema e reconhece que a violência sexual deste tipo pode ser perpetrada contra as mulheres e meninas.

A violência sexual ou sua ameaça também pode ser utilizada contra os homens, mas culturalmente é mais provável que as mulheres sejam o objetivo. Os conflitos atuais não se baseiam em batalhas que se dão em locais afastados, senão que se concentram cada vez mais em centros de muita população, o que aumenta a exposição das mulheres aos soldados e grupos armados. Nas situações de guerra e de pós-conflito imediato, o tecido da sociedade pode colapsar e fazer com que as mulheres sejam muito vulneráveis aos ataques de grupos.

A falta de independência econômica e de educação básica também significa que as mulheres que sobrevivem ao abuso é mais provável que sejam dependentes do Estado ou da sociedade. Desde o ponto de vista biológico e de comportamento, é provável que as mulheres vivam mais que os homens, negar a oportunidade de ser independente economicamente deixa as mulheres mais velhas dependentes sob o ponto de vista financeiro.

Todas essas formas de violência podem ser toleradas pelo Estado, ou pode permanecer silencioso, e se negar às condenar ou tomar ações contra elas. Em alguns casos, o Estado pode legislar para permitir práticas violentas (por exemplo, a violação no casal) e converter-se em agressor.

Todos os seres humanos desfrutam de certos direitos humanos fundamentais; os exemplos mencionados anteriormente de violência contra mulheres e meninas incluem a negação de muitos desses direitos e cada abuso pode ser examinado em relacionamento com o Convênio da ONU sobre Direitos Humanos (para os meninos, o Convênio dos Direitos do Menor e do Adolescente).

Em termos de saúde, a negação dos direitos e a violência mesma têm consequências para as meninas e mulheres e para a sociedade da qual fazem parte. Além das consequências físicas e de saúde específicas e diretas, a forma que geralmente são tratadas as meninas e mulheres pode produzir um aumento de problemas de saúde mental – o suicídio é a segunda causa principal de morte prematura nas mulheres.

### **Consequências da violência**

A consequência direta da violência para a saúde depende da natureza do ato. A mutilação genital feminina, por exemplo, pode matar a mulher no momento em que for realizada, pode produzir dificuldade para esvaziar o corpo, e trará problemas para uma gravidez. Também reforça o conceito ideológico de que a mulher é propriedade do homem (em si mesmo uma forma de abuso), o qual controla a sua sexualidade. A violação coletiva ou outras formas de violência sexual podem criar em longo prazo problemas ginecológicos, urológicos e intestinais, incluídas as fístulas e a incontinência, que diminui ainda mais o apoio da sociedade à mulher abusada.

As consequências para a saúde mental a curto e longo prazo da violência podem ter uma grande influência no bem-estar posterior, desfruto da vida, função na sociedade e na capacidade de proporcionar atenção apropriada para as pessoas dependentes.

A determinação de evidência é uma função importante para os médicos. Na atualidade, muitos países não têm inscrição obrigatória de todos os nascimentos, o que dificulta a documentação da evidência sobre infanticídio ou os efeitos do abandono. Da mesma maneira, alguns países permitem o casamento a qualquer idade, o que expõe as meninas aos altos riscos de uma gravidez antes de seus corpos atingirem sua maturidade total, sem deixar de mencionar os riscos de saúde mental. As consequências destas políticas para a saúde e seu relacionamento com outros custos de saúde devem ser documentadas de melhor forma.

Negar uma boa alimentação produz gerações de mulheres com pior saúde, crescimento e desenvolvimento e que portanto estarão menos preparadas fisicamente para sobreviver a uma gravidez e parto ou criar a suas famílias. Negar oportunidades de educação tem como resultado pior saúde para todos os membros da família; a boa educação é um fator importante para que a mãe preste mais atenção a sua família. Além de ser má em si mesma, a violência contra as mulheres também prejudica social e economicamente a família e a sociedade. Existem consequências econômicas diretas e indiretas da violência contra as mulheres que são maiores que os custos diretos do setor saúde.

Os custos e as consequências da violência, incluído o abandono, contra as mulheres foram informados em muitos foros incluídos na OMS. As consequências em saúde para as mulheres, seus filhos e para a sociedade são claras e é necessário explicá-las aos que elaboram as políticas.

### **Que pode fazer a Associação Médica Mundial?**

A AMM tem algumas políticas sobre a violência, incluída a Declaração da AMM sobre a Violência e a Saúde e a Declaração da AMM sobre a Violência Familiar. Esta declaração reúne algumas dessas políticas com um conjunto coordenado de medidas para a AMM, Associações Médicas Nacionais e médicos.

Como a maioria dos seres humanos primeiro considera as vantagens para eles mesmos, suas famílias e sociedades para permitir a mudança, fazer com que os benefícios da mudança sejam óbvios desde o princípio proporciona uma solução vantajosa para todos. Portanto, concentrar-se primeiro nas feições de saúde para as mulheres, seus filhos e toda a família é uma maneira útil de entrar no debate.

Os médicos têm uma visão única sobre os efeitos combinados no bem-estar dos meios sociais, culturais, econômicos e políticos. Se todas as pessoas devem atingir a saúde e o bem-estar, todos esses fatores precisam funcionar de maneira positiva. A visão holística dos médicos pode ser utilizada para influenciar a sociedade e os políticos. É essencial o apoio da sociedade para melhorar os direitos, liberdade e *status* das mulheres.

### **Medidas**

A AMM:

Afirma que a violência não é só a violência física, psicológica e sexual, mas inclui abusos como as práticas tradicionais e culturais daninhas e ações como a cumplicidade no tráfico de mulheres o que é um problema de saúde pública importante.

Reconhece o relacionamento entre uma melhor educação e outros direitos para as mulheres com saúde e bem-estar para a família e a sociedade e enfatiza que esta igualdade nas liberdades civis e os direitos humanos é um tema de saúde.

Preparará material de informação e defesa para que as AMNs utilizem com seus governos e grupos de portadores de desordens mentais para abordar as consequências para a saúde e o bem-estar da discriminação contra as mulheres e meninas, incluídas as adolescentes. Este material incluirá referências sobre o impacto da violência no bem-estar da família e na sustentabilidade financeira da sociedade.

Trabalhará com outros para preparar e distribuir aos médicos e pessoal de saúde material de informação e defesa sobre as práticas tradicionais e culturais daninhas, incluídas a mutilação genital feminina, assassinatos por dote e por honra e enfatizar o impacto na saúde e as violações aos direitos humanos.

Prepara exemplos práticos do impacto da violência e estratégias para diminuí-la, como normas de consenso que estejam baseadas na melhor evidência disponível.

Fará apresentações na OMS, outros organismos da ONU e outros locais para terminar com a discriminação e violência contra as mulheres.

Trabalhará com outros meios para preparar modelos de material educacional que sejam utilizados por cada médico para documentar e informar os casos de abuso.

Insta a outros a elaborar material educacional grátis na Internet para proporcionar informação ao pessoal de saúde em contato com os pacientes vítimas de abuso e seus efeitos e as estratégias de prevenção.

Incentiva uma legislação que classifique a violação coletiva como crime contra a humanidade que seja elegível para um litígio na jurisdição do sistema da Corte Penal Internacional.

### **As AMNs devem:**

Utilizar e promover os materiais disponíveis para prevenir e tratar as consequências da violência contra as mulheres e as meninas e atuar como advogados em seus próprios países.

Tratar de assegurar que os que preparam e entregam educação aos médicos e pessoal de saúde estejam conscientes da probabilidade de exposição à violência, suas consequências, e a evidência das estratégias preventivas que funcionam na educação continuada do pessoal de saúde.

Reconhecer a importância de um relatório mais completo das sequelas da violência e incentivar a formação que enfatize a consciência sobre a violência e a prevenção, além de utilizar um melhor relatório e investigação da incidência, frequência e impacto para a saúde de todas as formas de violência.

Instar às revistas médicas a publicar mais investigação sobre a complexa interação nesse setor, para mantê-la, assim, na consciência da profissão e contribuir à elaboração de uma sólida base de investigação e documentação dos tipos e incidência da violência.

Instar às revistas médicas que considerem a publicação de temas sobre violência, incluído o abandono de mulheres e meninas.

Lutar pela inscrição universal dos nascimentos e uma idade mínima mais alta para o casal.

Lutar por uma implementação eficaz dos direitos humanos universais.

Lutar por educação parental e apoio na atenção, criação, desenvolvimento, educação e proteção dos meninos, em especial das meninas.

Lutar pelo acompanhamento das estatísticas sobre filhos, incluídos os indicadores positivos e negativos de saúde e bem-estar e os determinantes sociais da saúde.

Lutar por legislação contra práticas específicas daninhas, incluídos o feticídio feminino, mutilação genital feminina, casal forçado e castigo corporal.

Lutar pela criminalização da violação em toda circunstância, incluído no casal.

Condenar o uso da violação coletiva como arma de guerra e trabalhar com outros para documentá-lo e informá-lo.

Advogar pela avaliação de informação de investigação sobre o impacto da violência e o abandono nas vítimas e por um maior financiamento da referida investigação.

Advogar pela proteção dos que denunciam o abuso, incluídos os médicos e outro pessoal de saúde.

### **Os médicos devem:**

Utilizar o material preparado para sua educação para informar-se melhor sobre os efeitos do abuso e as estratégias exitosas para sua prevenção.

Prestar atenção médica e proteção às crianças (em especial em tempos de crises) e documentar e informar todos os casos de violência contra as crianças e ter cuidado de proteger a privacidade do paciente na medida do possível.

Tratar e reverter, se possível, as complicações e efeitos adversos da mutilação genital feminina e enviar os pacientes aos serviços de apoio social.

Opor à publicação ou transmissão dos nomes, direções ou informação similar das vítimas sem sua autorização explícita.

Avaliar o risco de violência familiar no contexto de obtenção de história social rotineira.

Estar alerta à associação entre a dependência atual do álcool ou drogas entre as mulheres e um histórico de abuso.

Apoiar colegas que participam pessoalmente no labor para terminar com o abuso.

Trabalhar para estabelecer um relacionamento de confiança necessária com as mulheres e crianças vítimas de abuso.

Apoiar as medidas globais e locais para entender melhor as consequências para a saúde do abuso e negação dos direitos e defender maiores serviços para as vítimas.

### *Referências*

1. *À primeira vista, o abandono não tem relação com a violência, mas a aceitação do abandono e os direitos dos menores que se dão às mulheres e às meninas são fatores principais para reforçar a aceitação de violência casual e sistemática.*

2. *A violação é considerada um método de guerra quando as forças armadas ou grupos a utilizam para torturar, ferir, obter informação, degradar, deslocar, intimidar, castigar ou simplesmente destruir o tecido da comunidade. A ameaça da violência sexual pode fazer com que comunidades inteiras deixem seus lares.*

3. *Saúde e Direitos Humanos da Mulher: promoção e proteção da saúde da mulher através do Direito Internacional sobre Direitos Humanos. (Rebecca Cook. Apresentado no curso Adapting to Change, 1999).*

## **DECLARAÇÃO DE VENEZA (I)**

*(Recomendações sobre a responsabilidade profissional dos médicos no tratamento dos doentes de AIDS)*

*(Adotada pela 4.ª Assembleia Médica Mundial, Veneza, Itália, 1988)*

1. Os doentes de AIDS têm direito de receber cuidados médicos apropriados, prodigalizados com compaixão e respeito da sua dignidade humana. Um médico não tem o direito moral de recusar tratar um paciente cuja doença se situa no domínio da sua competência atual pela única razão de que o paciente é soropositivo. A ética médica não permite discriminação de certas categorias de pacientes fundada unicamente no fato que são soropositivos. Uma pessoa atingida por AIDS tem necessidade de ser tratada de maneira apropriada e com compaixão. Um médico que não se encontre em situação de prestar os cuidados e os serviços requeridos pelos doentes de AIDS deverá apresentá-los aos médicos e aos serviços que se encontram equipados para assegurar este gênero de cuidados. O médico é obrigado a ocupar-se do paciente tão bem quanto lhe é possível até que o mesmo seja transferido para outro lugar.

2. Os direitos e os bens das pessoas infectadas pelo vírus HIV, e das que não estão, devem ser protegidos. Um médico que sabe que sofre de uma doença infecciosa deverá abster-se de toda a atividade suscetível de criar um risco de transmissão da doença a outras pessoas. No caso de uma possível contaminação pelo vírus HIV, o fator determinante será a escolha da atividade que o médico deseja exercer.

3. Se no exercício dos cuidados médicos que administra um médico apresenta o risco de transmitir uma doença infecciosa a um paciente, não basta que este risco seja simplesmente revelado aos pacientes; estes estão no direito de esperar de seus médicos que não os exponham mais ao risco de contrair uma doença infecciosa.

4. Se o paciente não se expõe a qualquer risco, a revelação do estado de saúde do médico aos seus pacientes não tem qualquer valor; no caso de risco real o médico não deverá entregar-se a essa atividade.

5. Se um paciente se encontra plenamente informado do estado do médico e dos riscos que este estado apresenta, mas que, mesmo assim, ele escolheu para continuar a fazer-se cuidar e tratar por este médico soropositivo, deverá obter consentimento com um pleno conhecimento de causa.

6. Todo médico tem a obrigação de se privar de todo certificado falso, mesmo se tem o objetivo de facilitar a manutenção do doente no seu meio habitual.

7. Todo médico tem a obrigação de respeitar e fazer respeitar as medidas de higiene e de proteção estabelecidas para o pessoal de saúde, dado que, para esta síndrome, elas são conhecidas, simples e eficazes.

8. Todo médico tem a obrigação, igualmente, de prestar o seu concurso às campanhas de profilaxia de sua escolha, conduzidas pelos poderes públicos para entrar a extensão da epidemia da AIDS.

## **DECLARAÇÃO DE VENEZA (II)**

*(Sobre o paciente terminal)*

*(Adotada pela 35.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Veneza, Itália, outubro de 1983)*

1. O dever do médico é curar, quando FOR possível, aliviar o sofrimento e agir na proteção dos melhores interesses do seu paciente.

2. Não FARÁ nenhuma exceção a este princípio até mesmo em casos de má formação ou doença incurável.

3. Este princípio não impede aplicação das seguintes regras: 3.1. o médico pode aliviar o sofrimento de um paciente com enfermidade terminal suspendendo o tratamento curativo com o consentimento do paciente ou da família imediata em caso de o paciente estar impossibilitado de se expressar. A suspensão do tratamento não desobriga o médico da sua função de assistir a pessoa agonizante e dar-lhe os medicamentos necessários para mitigar a fase terminal da sua doença. 3.2. o médico deve se abster de empregar qualquer meio extraordinário que não traga benefícios para o paciente. 3.3. o médico pode, quando não se possa reverter no paciente o processo final de cessação das funções vitais, aplicar os meios artificiais necessários que permitam manter ativos os órgãos para transplante, desde que proceda de acordo com as leis do país, ou em virtude de um consentimento formal outorgado pela pessoa responsável e sob a condição de que a verificação do óbito ou da irreversibilidade da atividade vital tenha sido constatada por médicos estranhos ao transplante e ao tratamento do paciente receptor. Estes meios artificiais não serão pagos pelo doador ou sua família. Os médicos do doador devem ser totalmente independentes dos médicos que tratam propriamente do receptor.

## **DECLARAÇÃO DE VIENA (I)**

*(Sobre responsabilidade profissional de médicos que tratam pacientes com AIDS)*

*(Adotada pela 40.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Viena, Áustria, setembro de 1988)*

A Associação Médica Mundial já adotou previamente diretrizes para ajudar as Associações Médicas Nacionais a desenvolverem estratégias para conter a epidemia crescente de AIDS. Essa declaração proporciona uma orientação médica individual sobre suas responsabilidades profissionais com referência ao tratamento de pacientes de AIDS e também sobre a responsabilidade do médico para com seus pacientes ou na eventualidade de o médico ser soropositivo.

A Associação Médica Mundial, na Declaração Interina sobre AIDS, adotada em outubro de 1987, declara, em parte: “Pacientes com AIDS e os que têm testes positivos para o anticorpo do vírus da AIDS devem receber os cuidados médicos apropriados, não devem ser tratados incorretamente nem devem sofrer discriminação arbitrária ou irracional em suas vidas cotidianas. Os médicos têm de honrar uma longa tradição de atender os pacientes afligidos com doenças infecciosas com compaixão e coragem. Aquela tradição deve ser continuada ao longo da epidemia de AIDS”.

1. Os pacientes de AIDS têm o direito de receber cuidados médicos apropriados, prodigalizados com compaixão e respeito da sua dignidade humana. Um médico não tem o direito moral de recusar tratar um paciente cuja doença se situa no domínio de sua competência atual pela simples razão de que o paciente é soropositivo. A Ética Médica não permite discriminação de certas categorias de pacientes fundada apenas na sua soropositividade. Uma pessoa que é acometida de AIDS precisa ser tratada de maneira apropriada e com compaixão. Um médico que não se encontra em situação de prestar os cuidados e os serviços requeridos pelos doentes de AIDS deverá apresentá-los aos médicos e aos serviços que se encontram equipados para assegurarem esse gênero de cuidados. O médico é obrigado a ocupar-se do paciente tão bem quanto lhe é possível até que o mesmo seja transferido para outro lugar.

2. Os direitos e interesses das pessoas infectadas pelo vírus HIV, e das que não estão, devem ser protegidos. Um médico que sabe que tem uma doença infecciosa deverá abster-se de toda a atividade susceptível de criar um risco de transmissão da doença a outras pessoas. No caso de uma possível contaminação pelo vírus HIV, o fator determinante será a escolha da atividade que o médico deseja exercer.

3. Se, no exercício dos cuidados médicos que administra, um médico apresenta o risco de transmitir uma doença infecciosa a um paciente, não basta que esse risco seja simplesmente revelado aos pacientes; estes estão no direito de esperar de seus médicos que não os exponham mais ao risco de contrair uma doença infecciosa.

4. Se o paciente não se expõe a qualquer risco, a revelação do estado de saúde do médico aos seus pacientes não tem nenhum propósito racional; no caso de risco real, o médico não se deve ocupar daquela atividade.

5. Se um paciente está plenamente informado do estado de saúde do médico e dos riscos que esse estado apresenta, mas, mesmo assim, pede para continuar sendo cuidado e tratado por esse médico soropositivo, deverá obter consentimento informado com um pleno conhecimento de causa.

6. Todo médico deve abster-se de emitir atestados falsos, até mesmo se o objetivo é facilitar a manutenção do paciente no seu meio habitual.

7. Todo médico tem a obrigação de respeitar e fazer respeitar as medidas de higiene e de proteção estabelecidas para o pessoal de saúde, estabelecendo que elas sejam conhecidas de forma simples e eficaz.

8. Todo médico tem a obrigação, igualmente, de prestar o seu concurso às campanhas de profilaxia de sua escolha, conduzidas pelos poderes públicos para sustar a expansão da epidemia de AIDS.

## **DECLARAÇÃO DE VIENA (II)**

*(Sobre o papel do médico em assuntos ambientais e demográficos)*

*(Adotada pela 40.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Viena, Áustria, setembro de 1988)*

### **Introdução**

A prática efetiva de assistência requer que os médicos e as suas associações profissionais evitem assuntos ambientais e demográficos que possam influenciar no estado de saúde dos indivíduos e das grandes populações. Falando em termos gerais, estes assuntos estão preocupados com a qualidade e a disponibilidade dos recursos que são necessários para a manutenção da saúde e, em última instância, da vida.

Especificamente, os assuntos ambientais têm quatro dimensões na influência da saúde a longo e a curto prazos: (a) A necessidade para deter a degradação do ambiente, de forma que os recursos necessários à vida e à saúde, por exemplo, ar puro, estejam disponíveis a todos. A persistência de substância química na contaminação de nossas reservas de água e a nossa atmosfera com gás carbono podem ter consequências médicas severas. (b) A necessidade para controlar o uso de recursos não renováveis, por exemplo, a terra cultivável e o petróleo, de forma que estes benefícios possam prover as gerações futuras. (c) A necessidade para utilizar métodos razoáveis e universais de planejamento familiar de forma que uma sociedade sustentável seja mantida e os recursos médicos permaneçam disponíveis. (d) A necessidade para mobilizar recursos de limites nacionais para desenvolver grandes soluções, internacionalmente baseadas nestes problemas. O objetivo primário desta declaração é aumentar a consciência para manter o equilíbrio necessário, de um lado entre os recursos ambientais e as exigências biológicas e sociais, de outro, a saúde. Da perspectiva do médico, nenhum crescimento de população exponencial nem a destruição irresponsável do ambiente é aceitável. Ao longo do mundo, propostas organizadas devem representar uma solução defensável para estes assuntos.

### **Princípios**

1. Os médicos e as associações médicas devem considerar os assuntos ambientais. Esta consideração pode incluir a identificação de problemas que têm uma urgência local e particular; esforços para melhorar a execução de leis existentes em assuntos ambientais e a identificação de assuntos de saúde que têm suas raízes em problemas ambientais.

2. As sociedades médicas devem promover medidas de planejamento familiar que sejam éticas e saudáveis. A meta de tais medidas não

será inibir a autonomia pessoal das pessoas, mas bastante para melhorar a qualidade de vida de todos os membros da família e para a continuação de todas as formas de vida no planeta.

3. A Associação Médica Mundial deve servir de foro internacional na participação médica em assuntos ambientais e demográficos e deve prover um foro para coordenar os esforços internacionais dos médicos e sociedades médicas nos muitos assuntos que devem ser avaliados internacionalmente.

## DECLARAÇÃO DE VIENA (III)

*(Sobre sanções e boicotes acadêmicos)*

*(Adotada pela 40.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Viena, Áustria, setembro de 1988)*

CONSIDERANDO QUE sanções ou boicotes acadêmicos são restrições às liberdades profissionais, acadêmicas e científicas, negando ou excluindo médicos em reuniões educacionais, culturais e científicas e em outras atividades na troca de informação e conhecimento, quando o motivo é o fato contra as políticas sociais de governos;

CONSIDERANDO QUE tais restrições estão em conflito direto com os objetivos principais do AMM – alcançar os melhores padrões internacionais em educação, ciência, arte e éticas médicas;

CONSIDERANDO QUE tais restrições afetarão particularmente os cuidados de saúde de forma adversa e desvantajosa, contrariando o objetivo de AMM de obter o melhor cuidado de saúde possível para todas as pessoas do mundo; e

CONSIDERANDO QUE tais restrições discriminarão médicos e pacientes por decisões políticas levadas por governos e que isto está em conflito com o a Declaração de Genebra, Declaração dos Direitos Humanos e Liberdade Individual dos Médicos e também com a Declaração da AMM sobre Liberdade para Assistir a Reuniões Médicas; e

CONSIDERANDO QUE a regra básica da prática médica, como foi ensinada por Hipócrates, é *primum non nocere* – primeiro não fazer nenhum dano,

DECIDIU a AMM que considera arbitrária a decisão política que nega a troca erudita internacional e coloca médicos ou entidades médicas em lista negra por causa da nacionalidade ou por causa de políticas dos seus governos. Como o propósito do AMM é servir à humanidade através de esforços para alcançar os padrões internacionais mais altos em educação, ciência, arte e ética médicas, e cuidar da saúde de todas as pessoas do mundo, e como estes objetos seriam contrariados através de tais restrições, o AMM é contrária a tais restrições e conclama todas as associações médicas nacionais a resistir à imposição destas restrições por todo meios à sua disposição e atender às Declarações da Associação Médica Mundial sobre Direitos Humanos e Liberdade Individual de Médicos e sobre a Liberdade de Assistir a Reuniões Médicas da Associação Médica Mundial.

## DECLARAÇÃO DE WASHINGTON

*(Sobre armas biológicas)*

*(Adotada pela Assembleia-Geral da AMM, em Washington, 2002, e retificada pelo Conselho em maio de 2003).*

### A. Introdução

1. A Associação Médica Mundial reconhece a crescente ameaça de que armas biológicas possam ser utilizadas para causar epidemias devastadoras que podem ser propagadas pelo mundo. Todos os países estão potencialmente expostos a riscos. A difusão de organismos que produzem varíola, peste, antraz e outras doenças poderia ser catastrófico quanto às doenças e mortes que causariam, combinado com o pânico que gerariam esses males. Ao mesmo tempo, há um crescente potencial para a produção de novos agentes microbianos, induzido pelo aumento dos conhecimentos de biotecnologia e de métodos de manipulação genética de organismos. Esses avanços causam uma preocupação especial nos profissionais médicos e de saúde pública, porque eles são os que melhor conhecem o sofrimento humano potencial que produzem as doenças de epidemias e eles serão os principais responsáveis pelo tratamento das vítimas de armas biológicas. Por isso, a Associação Médica Mundial considera que as associações médicas e todos os relacionados com a atenção médica têm a responsabilidade especial de informar ao público e aos que elaboram políticas sobre as consequências das armas biológicas e de mobilizar o apoio universal que condene a investigação, desenvolvimento e utilização de ditas armas por ser moral e eticamente inaceitáveis.

2. A ameaça do uso de armas nucleares, químicas e convencionais, as consequências de um ataque biológico é provável que sejam enganosas, já que podem continuar com uma transmissão secundária e terciária do agente, semanas ou meses após a epidemia inicial. As consequências de um ataque biológico exitoso, em especial se a infecção se contagia facilmente, podem ser bem mais importantes que as de um ataque químico ou inclusive nuclear. Devido à facilidade que há para viajar e à crescente globalização, seus efeitos em qualquer parte do mundo poderiam significar uma ameaça para todos os países.

3. Muitas doenças agudas e graves produzem-se em um período curto e é muito provável que ultrapassem as capacidades da maioria dos sistemas de saúde, tanto nos países em desenvolvimento como no mundo industrializado. Os serviços de saúde em todo o planeta se esforçam

por satisfazer a demanda criada pelo HIV/SIDA e os organismos resistentes aos antimicrobianos, os problemas criados pelos conflitos civis, os refugiados e os centros urbanos atestados e insalubres, além das maiores necessidades de saúde nas populações que envelhecem. A atenção de muitos doentes desesperados, durante um período curto, poderia saturar todo um sistema de saúde.

4. Podem ser adotadas medidas que ajudem a diminuir o risco das armas biológicas e também as perigosas consequências potenciais de graves epidemias, qualquer que seja sua origem. É necessária a colaboração internacional para conseguir um consenso universal que condene o desenvolvimento, a produção ou a utilização de armas biológicas. Precisa-se de programas de controle em todos os países para a detecção em tempo, identificação e resposta a graves doenças epidêmicas; ensino da saúde e formação de profissionais, líderes civis e públicos, também programas de colaboração em investigação para melhorar o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças.

5. A proliferação da tecnologia e o progresso científico na bioquímica, biotecnologia e ciências da vida oferecem a oportunidade de criar novos patogênicos e doenças, também métodos simplificados para a produção de armas biológicas. A tecnologia é relativamente barata e fácil de obter, já que a produção é similar à utilizada em centros biológicos, como a fabricação de vacinas. Os meios para produzir e difundir de maneira eficaz armas biológicas existem globalmente, o que permite que inimigos políticos ou ideológicos e extremistas (que atuam em grupos ou sós) ameacem os governos e coloquem em perigo países em todo o mundo. As medidas contra a proliferação e para o controle de armas podem diminuir, mas não eliminar do todo a ameaça das armas biológicas. Por isso, são necessárias a criação e a adesão a uma ética aceita mundialmente que recuse a criação e a utilização de armas biológicas.

## **B. Reforço dos sistemas de saúde pública e de controle de doenças**

6. Um elemento importante ao tratar uma doença epidêmica é a disposição de uma forte infraestrutura de saúde pública. O investimento nos sistemas de saúde pública aumentará a capacidade de detectar e conter prontamente as doenças raras ou incomuns, que sejam induzidas de maneira deliberada ou natural. Precisa-se de funções de saúde pública principais (controle de doenças e serviços de apoio de laboratório), como um fundo para a detecção, investigação e resposta a todas as ameaças epidêmicas. Um programa global de vigilância mais eficaz melhorará a resposta às doenças contagiosas que se apresentam em forma natural e permitirá a detecção e a identificação de novas doenças.

7. É muito importante que os médicos estejam alertas aos casos de doenças infecciosas incomuns, que solicitem ajuda aos especialistas em diagnóstico de doenças infecciosas e informem com prontidão os casos às autoridades de saúde pública. Já que um médico só pode detectar um ou alguns casos, e talvez não reconheça que se trata de um surto, é muito importante a cooperação entre os médicos de atenção primária e as autoridades de saúde pública.

8. As autoridades de saúde pública que tratam uma epidemia precisarão da cooperação de organismos especialistas em emergências, encarregados de aplicar a lei, estabelecimentos de atenção médica e uma variedade de organizações ao serviço da comunidade. É importante contar com um planejamento antecipado para que os diferentes grupos trabalhem juntos de maneira eficaz. Além de realizar atividades de controle para detecção e informação, os esforços de saúde pública devem ser dirigidos a educar o pessoal de atenção primária e de saúde pública sobre os agentes potenciais que poderiam ser utilizados, criar os meios em laboratórios que permitam a rápida identificação dos agentes biológicos, proporcionar serviços médicos e hospitalares, como também vacinas e medicamentos que controlem a epidemia.

## **C. Aumento da preparação médica e da capacidade de resposta**

9. É provável que o primeiro indício de que se disseminaram armas biológicas seja a consulta de pacientes com os médicos tratantes, em especial os que apresentem quadros graves. Portanto, os médicos terão uma função importante na detecção de um surto e devem estar preparados para reconhecer e para tratar as doenças que derivem do uso de armas biológicas, assim como outros agentes infecciosos, e a informar com urgências as autoridades de saúde pública.

10. Durante uma epidemia, os médicos tomarão parte diretamente na atenção massificada de pacientes, incluídas a imunização e a profilaxia de antibióticos, informação ao público e em diversas tarefas em hospitais e na comunidade para controlar a epidemia. Por isso, os médicos devem participar com as autoridades locais e nacionais na preparação e na implementação de planos de resposta a surtos infecciosos naturais e intencionais.

## **D. Investigação das armas biológicas e a ética médica**

11. Os rápidos avanços em microbiologia, biologia molecular e engenharia genética criaram oportunidades extraordinárias para a investigação biomédica e prometem muito no melhoramento da saúde humana e na qualidade de vida. Podem ser esperados elementos de diagnósticos melhores e mais rápidos, novas vacinas e medicamentos terapêuticos. Ao mesmo tempo, existe preocupação pelo possível mau uso da investigação para a criação de armas biológicas mais potentes e a disseminação de novas doenças infecciosas. Pode resultar difícil fazer uma distinção entre a investigação biomédica legítima e a realizada por cientistas inescrupulosos com a intenção perniciosa de produzir armas biológicas mais eficazes.

12. Todos os que participam na investigação médica têm a obrigação moral e ética de considerar as consequências de um uso maligno de suas descobertas. Através de meios deliberados ou por descuido, a modificação genética dos micro-organismos poderia criar organismos que sejam mais virulentos, resistentes aos antibióticos ou que têm maior estabilidade no médio ambiente. A modificação genética dos micro-organismos poderia alterar sua imunogenicidade, o que lhes permitiria evadir a imunidade natural e a produzida por vacinas. Os avanços na engenharia genética e a terapia genética podem fazer possível a modificação do sistema imunológico da população aludida que aumenta ou diminui a suscetibilidade a um patogênico ou afeta o funcionamento dos genes hóspedes normais.

13. Deve ser condenada a investigação que tem o propósito específico de criar armas biológicas. Como científicos e humanitários, os médicos têm a responsabilidade, ante à sociedade, de condenar a investigação científica destinada à criação e à utilização de armas biológicas,

e de expressar sua rejeição ao uso da biotecnologia e tecnologias de informação com fins potencialmente daninhos.

14. Os médicos e as organizações médicas têm uma função importante na sociedade para exigir a proibição das armas biológicas e desvalorizar seu uso, manter a vigilância da investigação antiética e ilícita, e diminuir o perigo para a população civil que implica o uso de armas biológicas.

### **E. Recomendações**

15. Que a Associação Médica Mundial e as associações médicas nacionais no mundo tenham um papel ativo na promoção de uma ética internacional que condene a criação, produção ou uso de toxinas e agentes biológicos que não estejam justificados por fins profiláticos, protetores ou outros pacíficos.

16. Que a Associação Médica Mundial, as associações médicas nacionais e o pessoal de saúde em todo mundo promovam, junto à OMS, à ONU e a outros organismos apropriados, a criação de um consórcio internacional de líderes médicos e de saúde pública para estudar a ameaça de armas biológicas, identificar as medidas que provavelmente evitem a proliferação de armas biológicas e elaborar um plano coordenado para controlar o surto de doenças infecciosas a nível mundial. Este plano deve abordar: a) sistemas internacionais de observação e informação para aumentar a vigilância e o controle de surtos de doenças infecciosas no mundo; b) criação de um protocolo de verificação eficaz baseado no Convênio da ONU sobre Armas Biológicas e com Toxinas; c) educação dos médicos e pessoal de saúde sobre as doenças infecciosas emergentes e as armas biológicas potenciais; d) médicos em laboratórios para identificar patógenos biológicos; e) disponibilidade de vacinas e medicamentos adequados; e f) necessidades financeiras, técnicas e de investigação para diminuir o risco do uso de armas biológicas e outras ameaças de doenças infecciosas importantes.

17. Que a Associação Médica Mundial convoque os médicos a estarem alertas quando se apresentem doenças e mortes sem explicações na comunidade e conhecer os elementos de vigilância e controle de doenças para responder aos casos de doenças ou sintomas.

18. Que a Associação Médica Mundial inste aos médicos, às associações médicas nacionais e a outras sociedades médicas a participarem com as autoridades de saúde em nível local, nacional e internacional na criação e na implementação de protocolos de resposta a catástrofes produzidas por bioterrorismo e surtos naturais de doenças infecciosas. Esses protocolos devem ser utilizados como base para informar aos médicos e ao público.

19. Que a Associação Médica Mundial inste a todos os que tomam parte na investigação biomédica a considerar as consequências e possíveis aplicações de seu trabalho e a sopesar cuidadosamente a busca do conhecimento científico e suas responsabilidades éticas ante a sociedade.

## **DECLARAÇÃO DE DIREITOS DA PESSOA MENTALMENTE DEFICIENTE**

*(Assembleia das Nações Unidas, 20 de dezembro de 1971)*

Art. 1.º A pessoa mentalmente deficiente deve gozar, no máximo grau possível, dos mesmos direitos dos demais seres humanos.

Art. 2.º A pessoa mentalmente deficiente tem direito à atenção médica e ao tratamento físico exigidos pelo seu caso, como também à educação, à capacidade profissional, à reabilitação e à orientação que lhe permitam desenvolver ao máximo suas aptidões e possibilidades.

Art. 3.º A pessoa mentalmente deficiente tem direito à segurança econômica e a um nível de vida condigno. Tem direito, na medida de suas possibilidades, a exercer uma atividade produtiva ou alguma outra ocupação útil.

Art. 4.º Sempre que possível a pessoa mentalmente deficiente deve residir com sua família, ou em um lar que substitua o seu, e participar das diferentes formas de vida da sociedade. O lar em que vive deve receber assistência. Se for necessário interná-la em estabelecimento especializado, o ambiente e as condições de vida nesse estabelecimento devem se assemelhar ao máximo aos da vida normal.

Art. 5.º A pessoa mentalmente deficiente deve poder contar com a atenção de um tutor qualificado quando isso se torne indispensável à proteção de sua pessoa e de seus bens.

Art. 6.º A pessoa mentalmente deficiente deve ser protegida de toda exploração e de todo abuso ou tratamento degradante.

No caso de ser um deficiente objeto de ação judicial, ele deve ser submetido a um processo justo, em que seja levado em plena conta seu grau de responsabilidade, de acordo com suas faculdades mentais.

Art. 7.º Se algumas pessoas mentalmente deficientes não são capazes, devido à gravidade de suas limitações, de exercer efetivamente todos os seus direitos, ou se se tornar necessário limitar ou até suspender tais direitos, o processo empregado para esses fins deverá incluir salvaguardas judiciais que protejam o deficiente contra qualquer abuso. Esse procedimento deverá basear-se numa avaliação da capacidade social do deficiente por peritos qualificados. Mesmo assim, tal limitação ou suspensão ficará sujeita a revisões periódicas e reconhecerá o direito de apelação para autoridades superiores.

## **DECLARAÇÃO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS DOS MÉDICOS**

*(Aprovada no dia 18 de março de 1996 em Assunção)*

### **Considerações Iniciais**

1. Considerando como essencial a integração entre as nações, especialmente na área da saúde,
2. Considerando a saúde como princípio fundamental e indissociável dos demais componentes da cidadania,
3. Considerando que é direito de cada indivíduo lutar pela democracia e pelas conquistas sociais,
4. Considerando que o homem não deve, sob nenhuma circunstância, renunciar aos direitos básicos da cidadania, que são o direito pela vida, pela liberdade, pela saúde e pela segurança pessoal,
5. Considerando inaceitável, sob qualquer pretexto, a violação da integridade física e/ou psíquica da pessoa humana,
6. Considerando a medicina como uma disciplina a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, devendo ser exercida sem discriminação de qualquer natureza,
7. Considerando os enunciados dos Códigos de Ética vigentes nos países integrados do Mercosul e os princípios emanados das convenções, organizações e assembleias mundiais dedicadas à promoção do bem-estar humano,
8. Considerando o objetivo humanitário e beneficente da medicina,
9. Considerando o acervo do conhecimento médico, patrimônio universal e inalienável da humanidade, resolve-se anunciar os seguintes:

### **Princípios Éticos**

1. O objetivo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá atuar com o máximo zelo e o melhor da sua capacidade profissional.
2. O médico deve ter absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Não obstante, deve tomar em consideração a existência de outros princípios morais, autonomia e justiça, fundamentais na integração de seu trabalho com o paciente, os familiares e a sociedade.
3. A medicina não pode ser praticada com a intenção primária de comércio, nem o trabalho médico deve ser objeto da exploração por terceiros com fins de lucro, finalidade política ou religiosa.
4. Cabe ao médico exercer a medicina sem sofrer nenhum tipo de discriminação e recusar-se a exercê-la em locais impróprios ou indignos, desprovidos das mínimas condições técnicas, de infraestrutura e remuneração adequada.
5. Ao médico está vedado participar da prática de tortura ou outras formas degradantes, inumanas ou cruéis de sofrimento, estando também proibido de ser conivente com tais práticas ou auxiliar, obtendo meios, instrumentos, substâncias ou conhecimento que acarretem danos físicos ou psíquicos a seus semelhantes.
6. É direito do paciente decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, sendo-lhe assegurado todos os recursos da ciência médica onde for atendido, sem discriminação de qualquer natureza.
7. Está vedado ao médico usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica não liberada para uso no país, sem autorização dos órgãos competentes ou sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal.
8. Os conhecimentos cientificamente comprovados devem estar sempre ao serviço do homem. O médico tem a obrigação de divulgá-los, estando a ele vedado o privilégio de guardá-los para seu uso pessoal ou restringir sua utilização em detrimento do bem-estar da humanidade.
9. Os médicos devem respeitar as normas éticas vigentes e a legislação do país em que exercem a profissão, devendo colaborar com as autoridades sanitárias e assumir a quota de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
10. As relações dos médicos entre si e com os demais profissionais da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

## **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM**

*(Resolução da III Sessão Ordinária da Assembleia-Geral das Nações Unidas, aprovada em Paris, no dia 10 de dezembro de 1978)*

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos do homem resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum,

Considerando ser essencial que os direitos do homem sejam protegidos pelo império da lei, para que o homem não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão,

Considerando ser essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações,

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos do homem e da mulher, e que decidiram promover o processo social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla,

Considerando que os Estados-Membros se comprometem a promover, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais do homem e a observância desses direitos e liberdades,

Considerando que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso,

Agora, portanto, a Assembleia-Geral proclama:

A presente Declaração Universal dos Direitos do Homem como ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

Art. I – Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Art. II – Todo homem tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição.

Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou territórios a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania.

Art. III – Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Art. IV – Ninguém será mantido em escravidão ou servidão; a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.

Art. V – Ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Art. VI – Todo homem tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.

Art. VII – Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Art. VIII – Todo homem tem direito a receber dos tribunais nacionais competentes remédio efetivo para os atos que violem os direitos fundamentais que lhe sejam reconhecidos pela constituição ou pela lei.

Art. IX – Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Art. X – Todo homem tem direito, em plena igualdade, a uma justa e pública audiência por parte de um tribunal independente e imparcial, para decidir de seus direitos e deveres ou do fundamento de qualquer acusação criminal contra ele.

Art. XI. 1 – Todo homem acusado de um ato delituoso tem o direito de ser presumido inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa.

2 – Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento, não constituíam delito perante o direito nacional ou internacional. Também não será imposta pena mais forte do que aquela que, no momento da prática, era aplicável ao ato delituoso.

Art. XII – Ninguém será sujeito a interferência na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação. Todo homem tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

Art. XIII. 1 – Todo homem tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado.

2 – Todo homem tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar.

Art. XIV. 1 – Todo homem, vítima de perseguição, tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países.

2 – Este direito não pode ser invocado em caso de perseguição legitimamente motivada por crimes de direito comum ou por atos contrários aos objetivos e princípios das Nações Unidas.

Art. XV. 1 – Todo homem tem direito a uma nacionalidade.

2 – Ninguém será arbitrariamente privado de sua nacionalidade nem do direito de mudar de nacionalidade.

Art. XVI. 1 – Os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família. Gozam de iguais direitos em relação ao casamento, sua duração e sua dissolução.

2 – O casamento não será válido senão com o livre e pleno consentimento dos nubentes.

3 – A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado.

Art. XVII. 1 – Todo homem tem direito à propriedade, só ou em sociedade com outros.

2 – Ninguém será arbitrariamente privado de sua propriedade.

Art. XVIII – Todo homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.

Art. XIX – Todo homem tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferências, ter opiniões de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

Art. XX. 1 – Todo homem tem direito à liberdade de reunião e associação pacíficas.

2 – Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação.

Art. XXI. 1 – Todo homem tem o direito de tomar parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos.

2 – Todo homem tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.

3 – A vontade do povo será a base de autoridade do governo; esta vontade será expressa em eleições periódicas e legítimas, por sufrágio universal, por voto secreto ou processo equivalente que assegure a liberdade de voto.

Art. XXII – Todo homem, como membro da sociedade, tem direito à segurança social, e à realização, pelo esforço nacional, pela

cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.

Art. XXIII. 1 – Todo homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.

2. Todo homem, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.

3. Todo homem que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana, e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.

4. Todo homem tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para proteção de seus interesses.

Art. XXIV – Todo homem tem direito a repouso e lazer, inclusive à limitação razoável das horas de trabalho e a férias remuneradas periódicas.

Art. XXV. 1 – Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2 – A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

Art. XXVI. 1 – Todo homem tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, esta baseada no mérito.

2 – A instrução será orientada no sentido de pleno desenvolvimento da personalidade humana e do fortalecimento do respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz.

3 – Os pais têm prioridade de direito na escolha do gênero de instrução que será ministrada a seus filhos.

Art. XXVII. 1 – Todo homem tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar do processo científico e de seus benefícios.

2 – Todo homem tem direito à proteção dos interesses morais e materiais decorrentes de qualquer produção científica, literária ou artística da qual seja autor.

Art. XXVIII – Todo homem tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados.

Art. XXIX. 1 – Todo homem tem deveres para com a comunidade, na qual o livre e pleno desenvolvimento de sua personalidade é possível.

2 – No exercício de seus direitos e liberdades, todo homem estará sujeito apenas às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito dos direitos e liberdades de outrem e de satisfazer às justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática.

3 – Esses direitos e liberdades não podem, em hipótese alguma, ser exercidos contrariamente aos objetivos e princípios das Nações Unidas.

Art. XXX – Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada como o reconhecimento a qualquer Estado, grupo ou pessoa, do direito de exercer qualquer atividade ou praticar qualquer ato destinado à destruição de quaisquer dos direitos e liberdades aqui estabelecidos.

## **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DO GENOMA HUMANO E DOS DIREITOS HUMANOS**

*(Aprovada na 29.ª Sessão da Conferência-Geral da Unesco, em 12 de novembro de 1997)*

### *A) Dignidade Humana e o Genoma Humano*

#### Artigo 1.º

O genoma humano subjaz à unidade fundamental de todos os membros da família humana e também ao reconhecimento de sua dignidade e diversidade inerentes. Num sentido simbólico, é a herança da humanidade.

#### Artigo 2.º

a) Todos têm o direito ao respeito por sua dignidade e seus direitos humanos, independentemente de suas características genéticas.

b) Essa dignidade faz com que seja imperativo não reduzir os indivíduos a suas características genéticas e respeitar sua singularidade e diversidade.

#### Artigo 3.º

O genoma humano, que evolui por sua própria natureza, é sujeito a mutações. Ele contém potencialidades que são expressas de maneira diferente segundo o ambiente natural e social de cada indivíduo, incluindo o estado de saúde do indivíduo, suas condições de vida, nutrição e educação.

#### Artigo 4.º

O genoma humano em seu estado natural não deve dar lugar a ganhos financeiros.

## B) *Direitos das Pessoas Envolvidas*

### Artigo 5.º

a) Pesquisas, tratamento ou diagnóstico que afetem o genoma de um indivíduo devem ser empreendidos somente após a rigorosa avaliação prévia dos potenciais riscos e benefícios a serem incorridos, e em conformidade com quaisquer outras exigências da legislação nacional.

b) Em todos os casos, é obrigatório o consentimento prévio, livre e informado da pessoa envolvida. Se esta não se encontrar em condições de consentir, o consentimento ou autorização deve ser obtido na maneira prevista pela lei, orientada pelo melhor interesse da pessoa.

c) Será respeitado o direito de cada indivíduo de decidir se será ou não informado dos resultados de seus exames genéticos e das consequências resultantes.

d) No caso de pesquisa, os protocolos serão, além disso, submetidos a uma revisão prévia em conformidade com padrões ou diretrizes nacionais e internacionais relevantes relativos a pesquisas.

e) Se, de acordo com a lei, uma pessoa não tiver a capacidade de consentir, as pesquisas relativas a seu genoma só poderão ser empreendidas com vista a beneficiar diretamente sua própria saúde, sujeitas à autorização e às condições protetoras descritas pela lei. As pesquisas que não previrem um benefício direto à saúde somente poderão ser empreendidas a título de exceção, com restrições máximas, expondo a pessoa apenas a riscos e ônus mínimos e se as pesquisas visarem a contribuir para o benefício da saúde de outras pessoas que se enquadram na mesma categoria de idade ou que tenham as mesmas condições genéticas, sujeitas às condições previstas em lei, e desde que tais pesquisas sejam compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo.

### Artigo 6.º

Ninguém será sujeito à discriminação baseada em características genéticas que vise a infringir ou exerça o efeito de infringir os direitos humanos, as liberdades fundamentais ou a dignidade humana.

### Artigo 7.º

Quaisquer dados genéticos associados a uma pessoa identificável e armazenados ou processados para fins de pesquisas ou para qualquer outra finalidade devem ser mantidos em sigilo, nas condições previstas em lei.

### Artigo 8.º

Todo indivíduo terá o direito, segundo a lei internacional e nacional, à justa reparação por danos sofridos em consequência direta e determinante de uma intervenção que tenha afetado seu genoma.

### Artigo 9.º

Com o objetivo de proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais, as limitações aos princípios do consentimento e do sigilo só poderão ser prescritas por lei, por razões de força maior, dentro dos limites da legislação pública internacional e da lei internacional de direitos humanos.

## C) *Pesquisas com o Genoma Humano*

### Artigo 10

Nenhuma pesquisa ou aplicação de pesquisa relativa ao genoma humano, em especial nos campos da biologia, genética e medicina, deve prevalecer sobre o respeito aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana dos indivíduos ou, quando for o caso, de grupos de pessoas.

### Artigo 11

Não serão permitidas práticas contrárias à dignidade humana, tais como a clonagem reprodutiva de seres humanos. Os Estados e as organizações internacionais competentes são convidados a cooperar na identificação de tais práticas e a determinar, nos níveis nacional ou internacional, as medidas apropriadas a serem tomadas para assegurar o respeito pelos princípios expostos nesta Declaração.

### Artigo 12

a) Os benefícios decorrentes dos avanços em biologia, genética e medicina, relativos ao genoma humano, deverão ser colocados à disposição de todos, com a devida atenção para a dignidade e os direitos humanos de cada indivíduo.

b) A liberdade de pesquisa, que é necessária para o progresso do conhecimento, faz parte da liberdade de pensamento. As aplicações das pesquisas com o genoma humano, incluindo aquelas em biologia, genética e medicina, buscarão aliviar o sofrimento e melhorar a saúde dos indivíduos e da humanidade como um todo.

## D) *Condições para o Exercício da Atividade Científica*

### Artigo 13

As responsabilidades inerentes às atividades dos pesquisadores, incluindo o cuidado, a cautela, a honestidade intelectual e a integridade na realização de suas pesquisas e também na apresentação e na utilização de suas descobertas, devem ser objeto de atenção especial no quadro das pesquisas com o genoma humano, devido a suas implicações éticas e sociais. Os responsáveis pelas políticas científicas, em âmbito público e privado, também incorrem em responsabilidades especiais a esse respeito.

### Artigo 14

Os Estados devem tomar medidas apropriadas para fomentar as condições intelectuais e materiais favoráveis à liberdade na realização de pesquisas sobre o genoma humano e para levar em conta as implicações éticas, legal, sociais e econômicas de tais pesquisas, com base nos princípios expostos nesta Declaração.

### Artigo 15

Os Estados devem tomar as medidas necessárias para prover estruturas para o livre exercício das pesquisas com o genoma humano, levando devidamente em conta os princípios expostos nesta Declaração, para salvaguardar o respeito aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana e para proteger a saúde pública. Eles devem buscar assegurar que os resultados das pesquisas não sejam utilizados para fins não pacíficos.

#### Artigo 16

Os Estados devem reconhecer a importância de promover, nos diversos níveis apropriados, a criação de comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, para avaliar as questões éticas, legais e sociais levantadas pelas pesquisas com o genoma humano e as aplicações das mesmas.

### E) *Solidariedade e Cooperação Internacional*

#### Artigo 17

Os Estados devem respeitar e promover a prática da solidariedade com os indivíduos, as famílias e os grupos populacionais que são particularmente vulneráveis ou afetados por doenças ou deficiências de caráter genético. Eles devem fomentar pesquisas *inter alia* sobre a identificação, prevenção e tratamento de doenças de fundo genético e de influência genética, em particular as doenças raras e as endêmicas, que afetam grande parte da população mundial.

#### Artigo 18

Os Estados devem envidar todos os esforços, levando devidamente em conta princípios expostos nesta Declaração, para continuar fomentando a disseminação internacional do conhecimento científico relativo ao genoma humano, à diversidade humana e às pesquisas genéticas e, a esse respeito, para fomentar a cooperação científica e cultural, especialmente entre os países industrializados e os países em desenvolvimento.

#### Artigo 19

a) No quadro da cooperação internacional com os países em desenvolvimento, os Estados devem procurar encorajar:

1. que seja garantida a avaliação dos riscos e benefícios das pesquisas com o genoma humano, e que sejam impedidos os abusos;

2. que seja desenvolvida e fortalecida a capacidade dos países em desenvolvimento de promover pesquisas sobre biologia e genética humana, levando em consideração os problemas específicos desses países;

3. que os países em desenvolvimento possam se beneficiar das conquistas da pesquisa científica e tecnológica, para que sua utilização em favor do progresso econômico e social possa ser feita de modo a beneficiar todos;

4. que seja promovido o livre intercâmbio de conhecimentos e informações científicas nas áreas de biologia, genética e medicina.

b) As organizações internacionais relevantes devem apoiar e promover as medidas tomadas pelos Estados para as finalidades acima mencionadas.

### F) *Promoção dos Princípios Expostos na Declaração*

#### Artigo 20

Os Estados devem tomar medidas apropriadas para promover os princípios expostos nesta Declaração, por meios educativos e relevantes, inclusive, *inter alia*, por meio da realização de pesquisas e treinamento em campos interdisciplinares e da promoção da educação em bioética, em todos os níveis, dirigida em especial aos responsáveis pelas políticas científicas.

#### Artigo 21

Os Estados devem tomar medidas apropriadas para encorajar outras formas de pesquisas, treinamento e disseminação de informações, meios estes que conduzam à conscientização da sociedade e de todos seus membros quanto às suas responsabilidades com relação às questões fundamentais relacionadas à defesa da dignidade humana que possam ser levantadas pelas pesquisas em biologia, genética e medicina e às aplicações dessas pesquisas. Também devem se propor a facilitar a discussão internacional aberta desse tema, assegurado a livre expressão das diversas opiniões socioculturais, religiosas e filosóficas.

### G) *Implementação da Declaração*

#### Artigo 22

Os Estados devem envidar todos os esforços para promover os princípios expostos nesta Declaração e devem promover sua implementação por meio de todas as medidas apropriadas.

#### Artigo 23

Os Estados devem tomar as medidas apropriadas para promover, por meio da educação, da formação e da disseminação da informação, o respeito pelos princípios acima mencionados e para fomentar seu reconhecimento e sua aplicação efetiva. Os Estados também devem incentivar os intercâmbios e as redes entre comitês éticos independentes, à medida que forem criados, com vistas a fomentar uma cooperação integral entre eles.

#### Artigo 24

O Comitê Internacional de Bioética da Unesco deve contribuir para a disseminação dos princípios expostos nesta Declaração e para fomentar o estudo detalhado das questões levantadas por suas aplicações e pela evolução das tecnologias em questão. Devem organizar consultas apropriadas com as partes envolvidas, tais como os grupos vulneráveis. Devem fazer recomendações, de acordo com os procedimentos estatutários da Unesco, dirigidas à Conferência-Geral, e emitir conselhos relativos à implementação desta Declaração, relativos especialmente à identificação de práticas que possam ser contrárias à dignidade humana, tais como intervenções nas células germinativas.

## Artigo 25

Nada do que está contido nesta Declaração pode ser interpretado como uma possível justificativa para que qualquer Estado, grupo ou pessoa se engaje em qualquer atividade ou realize qualquer ato contrário aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, incluindo, *inter alia*, os princípios expostos nesta Declaração.

## RECOMENDAÇÃO DE BALI

*(Sobre os aspectos éticos da redução embrionária)*

*(Adotada pela 47.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Bali, Indonésia, setembro de 1995)*

### Preâmbulo

A implementação de técnicas de reprodução assistida (AR) resultaram em um aumento notável na frequência de gravidezes de nascimento múltiplo.

Reconhecemos em gravidezes que envolvem mais de três fetos acontecerem problemas de mortalidade fetal e retardo no crescimento juntamente com debilidade em mais de 50% dos casos. Também temos de reconhecer os efeitos altamente prejudiciais nos nascimentos múltiplos à saúde física da mãe e às possíveis consequências psicológicas a ambos os pais.

Em relação às técnicas de fertilização *in vitro*, é desejável de preferência dois e não mais que três embriões implantados de cada vez.

Em casos que envolvem excitação médica da ovulação, não em técnicas de fertilização *in vitro* (IVF), existe o risco de gravidezes de nascimentos múltiplos, e todo esforço deve ser feito para minimizar este risco, monitorando cuidadosamente o tratamento, inclusive com o uso de ultrassom e administração de hormônio.

Em alguns casos, podem ser indicadas reduções de oócitos e devem ser indicadas quando elas são possíveis por medicamentos.

Se acontecer uma gravidez que envolva mais que três fetos, apesar das precauções supramencionadas terem sido observadas, o prognóstico para os fetos é tão desfavorável que poderiam ser considerados os procedimentos de um aborto seletivo de embriões, com o sentido de melhorar a sobrevivência dos embriões restantes. Tal possibilidade deve ser incluída no aconselhamento no pré-natal.

No entanto, em face do risco de complicações que podem surgir e porque realmente trata-se da eliminação de um ser humano em potencial, o médico deve evitar usar este tipo de procedimento simplesmente para obedecer ao pedido dos pais que preferem apenas uma criança, por exemplo, em lugar de duas crianças na gravidez.

### Recomendações

A Associação Médica Mundial recomenda: 1. sempre que possível os médicos devem tomar medidas para prevenir as gravidezes de nascimentos múltiplos; e 2. os pais devem ser informados claramente sobre as razões para procedimentos de redução embrionária em face dos possíveis riscos envolvidos, e que esses procedimentos não devem ser feitos sem os seus consentimentos.

## RECOMENDAÇÃO DE BRUXELAS

*(Sobre comércio de órgãos em vivo)*

*(Adotada pela 37.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Bruxelas, Bélgica, outubro de 1985)*

Considerando o fato de que se desenvolveu um comércio de lucro financeiro considerável com rins de pessoas vivas em países subdesenvolvidos para transplantes na Europa e nos Estados Unidos da América mais recentemente:

A Associação Médica Mundial condena a compra e a venda de órgãos humanos para transplante.

A Associação Médica Mundial conclama os governos de todos os países a dar passos efetivos no sentido de prevenir o uso comercial de órgãos humanos.

## RECOMENDAÇÃO DE BRUXELAS (III)

*(Sobre Direitos Humanos e liberdade individual dos médicos)*

*(Adotada pela 37.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Bruxelas, Bélgica, outubro de 1985)*

A Associação Médica Mundial é favorável à igualdade de oportunidades em atividades nas sociedades médicas, educação médica, treinamento, emprego e em todos os outros aspectos que favoreçam os profissionais médicos, independentemente de raça, cor, religião, credo, filiação étnica, nacionalidade, sexo, idade ou filiação política.

A Associação Médica Mundial é inalteravelmente contrária à negação de privilégios e responsabilidades em associações médicas nacionais para qualquer médico registrado por causa de raça, cor, religião, credo, filiação étnica, nacionalidade, sexo, idade ou filiação política.

A Associação Médica Mundial conclama a profissão médica e todos os sócios individuais de associações médicas nacionais para empenhar todo esforço no sentido de evitar que em qualquer instância sejam negadas a igualdade de direitos, os privilégios ou as responsabilidades, e afirma que a 37.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial reunida em Bruxelas, Bélgica, em outubro de 1985, mantém sua adesão por meio destes princípios.

## **RECOMENDAÇÃO DE BUDAPESTE (I)**

*(Sobre a condenação de mutilação genital feminina)*

*(Adotada pela 45.<sup>a</sup> Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Budapeste, Hungria, outubro de 1993)*

### **Preâmbulo**

A mutilação genital feminina (FGM) afeta mais de 80 milhões de mulheres e meninas no mundo. É praticada por muitos grupos étnicos em mais de trinta países.

Em muitos países o problema foi um assunto durante algum tempo, especialmente devido à presença de grupos étnicos de países nos quais a FGM é prática comum: imigrantes, refugiados, pessoas que fugiram da fome e da guerra.

Devido a seu impacto na saúde física e mental de mulheres e crianças, a FGM é considerada um assunto de preocupação para os médicos. Os médicos mundialmente são confrontados com os efeitos dessa prática tradicional. Às vezes lhes pedem que executem esse procedimento mutilador.

Há várias formas de mutilação genital feminina. Pode ser uma circuncisão primária para meninas jovens, normalmente entre 5 e 12 anos de idade, ou uma circuncisão secundária, por exemplo, depois de parto. A extensão de uma circuncisão primária pode variar de uma incisão no prepúcio do clitóris até uma circuncisão com remoção do clitóris e dos pequenos lábios ou sutura dos grandes lábios, de forma que só reste uma abertura mínima para escoar urina e sangue menstrual.

Dependendo da extensão da circuncisão, a mutilação genital feminina afeta a saúde das mulheres e meninas. A observação tem demonstrado o dano permanente para a saúde. Complicações agudas de FGM são: hemorragias, infecções, sangramento de órgãos adjacentes, dor violenta. As complicações tardias são: cicatrizes malignas, infecções urológicas crônicas, complicações obstétricas e problemas psicológicos e sociais. A mutilação genital feminina tem consequências sérias para a sexualidade, como mostra a experiência. Há uma multiplicidade de complicações durante o parto (perturbações na expulsão, formação de fístula, roturas e incontinência).

Até mesmo a versão menos drástica da incisão no clitóris pode trazer complicações e consequências funcionais.

Há várias razões para se explicar o avanço da existência e da continuação da prática da mutilação genital feminina: costume e tradição (preservar virgindade de meninas jovens e limitar a sexualidade de mulheres) e razões sociais. Tais razões não justificam os graves danos sobre a saúde.

Nenhuma das principais religiões faz referência explícita à circuncisão feminina nem apoia essa prática. A opinião médica atual é que FGM é prejudicial à saúde física e mental de meninas e mulheres. A FGM é vista por muitos como uma forma de opressão às mulheres.

Em geral, há uma forte tendência em condenar as implicações da FGM: há campanhas ativas contra a prática na África. Muitas lideranças femininas africanas, como também líderes africanos de países, emitiram veementes declarações contra essa prática. Agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, as Nações Unidas e a UNICEF, recomendam que medidas específicas sejam apontadas na erradicação da FGM. Os governos de vários países criaram leis sobre o assunto ou condenaram a prática da FGM em seus códigos criminais.

### **Conclusão**

A Associação Médica Mundial condena a prática de mutilação genital, inclusive circuncisão em mulheres e meninas, e condena a participação de médicos na execução de tal prática.

### **Recomendações**

1. Levando em conta os direitos psicológicos e a identidade cultural das pessoas envolvidas, os médicos devem informar às mulheres, homens e crianças sobre a mutilação genital feminina e devem lhes impedir de executar ou de promover a FGM. Os médicos devem integrar aconselhamentos de promoção à saúde contra a FGM no trabalho deles.

2. Em consequência, os médicos devem ter bastantes informações e devem apoiá-los por agir contra isso. Devem ser ampliados e desenvolvidos os programas educacionais relativos à FGM.

3. As Associações Médicas devem informar o público e os profissionais sobre os efeitos prejudiciais da FGM.

4. As Associações Médicas devem estimular a ação governamental evitando a prática da FGM.

5. As Associações Médicas devem cooperar em organizar meios preventivos apropriados e estratégia legal quando uma criança estiver em risco de sofrer uma mutilação genital feminina.

## **RECOMENDAÇÃO DE BUDAPESTE (II)**

*(Sobre a procura em corpos de prisioneiros)*

*(Adotada pela 45.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Budapeste, Hungria, outubro de 1993)*

Os sistemas de prisão em muitos países promovem a procura de objetos nos corpos de prisioneiros. Tal procura, que inclui exame retal e pélvico, é executado quando um indivíduo entra na população prisional e depois disso sempre que a ele é permitido ter contato pessoal com alguém de fora da prisão, ou quando há uma razão para acreditar que aconteceu uma falha na segurança ou nos regulamentos da prisão. Por exemplo, quando um prisioneiro é levado para uma audiência no tribunal ou para tratamento num hospital, ou para trabalhar fora da prisão, ficando o prisioneiro, ao voltar à instituição, sujeito a uma procura nas cavidades do seu corpo, incluindo todos os orifícios do corpo. O propósito dessa procura é principalmente de segurança ou para prevenir a entrada de contrabando na prisão, como armas ou drogas.

Essas procuras são executadas por razões de segurança e não por razões médicas. Não obstante, elas não deveriam ser feitas por pessoas que não tivessem um pouco de treinamento médico. Esse ato não médico pode ser executado por um médico para proteger o prisioneiro do dano, que poderia ser o resultado de uma procura por um examinador sem treinamento especial. O médico deve explicar isso ao prisioneiro e deve também explicar a ele que as condições habituais de confiança médica não se aplicam a tais procedimentos e que serão revelados às autoridades os resultados da procura. Se um médico é designado por uma autoridade e concorda em executar uma procura na cavidade do corpo de um prisioneiro, deve informar a ela da necessidade deste procedimento ser realizado de uma maneira humanitária.

A procura deve ser feita por médico diferente do médico que presta cuidados ao prisioneiro.

A obrigação do médico de cuidados ao prisioneiro não deveria ser assumida como compromisso de obrigação para participar do sistema de segurança da prisão.

A Associação Médica Mundial recomenda a todos os governos e funcionários públicos com responsabilidade pela segurança pública reconhecer que aqueles procedimentos invasivos de procura são uma agressão séria à privacidade e à dignidade da pessoa, e também causam algum risco de dano físico e psicológico. Assim, a Associação Médica Mundial exorta, sem assumir compromisso com a segurança pública, que métodos alternativos usados para vistoria de rotina em prisioneiros e procuras em cavidade de corpo só sejam feitas como último recurso:

– Se uma procura nas cavidades de corpo for administrada, o funcionário público responsável deve assegurar que essa procura será feita por pessoal com conhecimento médico e habilidades suficientes para executar a procura com segurança.

– A mesma autoridade responsável deve assegurar que a privacidade e a dignidade do indivíduo sejam garantidas. Finalmente, a Associação Médica Mundial recomenda a todos os governos e funcionários públicos responsáveis que providenciem para tal procura sempre um médico para garantir da condição física do indivíduo. Um pedido específico de determinado médico pelo prisioneiro deve ser respeitado, tanto quanto possível.

A Associação Médica Mundial adota esta Declaração com a finalidade de prover orientação às Associações Médicas Nacionais de como elas devem desenvolver diretrizes éticas para os seus associados.

## **RECOMENDAÇÃO DE CINGAPURA**

*(Sobre liberdade para assistir a reuniões médicas)*

*(Adotada pela 36.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Singapura, outubro de 1994)*

A independência e a liberdade profissionais são indispensáveis aos médicos para permitir cuidar dos seus pacientes de forma apropriada. Assim, não deve haver nenhuma barreira de caráter filosófico, religioso, racial, político, geográfico, físico ou de qualquer outra natureza que venha impedir de os médicos participarem em atividades profissionais que permitam adquirir a informação, conhecimento, habilidades e técnicas exigidas para prover os cuidados de saúde necessários para os seus pacientes.

Tanto quanto possível o propósito da Associação Médica Mundial é servir a humanidade procurando alcançar os padrões internacionais mais altos em educação médica, ciência médica, arte médica e ética médica, e a saúde de todas as pessoas do mundo, não devendo haver nenhuma barreira que impeça os médicos de assistirem a reuniões da AMM, ou a outras reuniões médicas, onde quer que sejam elas realizadas.

## **RECOMENDAÇÃO DE MARBELLA**

*(Sobre epidemia de HIV)*

*(Adotada pela 44.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Marbella, Espanha, setembro de 1992)*

A Associação Médica Mundial adota estratégias prévias para conter a epidemia de HIV, inclusive condenando a discriminação de médicos com pacientes infectados pelo HIV, provisão de cuidado para esses infectados, a responsabilidade de um médico HIV-infectado para evitar infecção para um paciente, não emitindo atestados falsos ou complacente com procedimentos de controle de infecção, cooperação com autoridades públicas em programas de prevenção, desenvolvimento de políticas nacionais e programas, aconselhamento de pacientes para evitar infecção de HIV ou, se infectado, evitar infectar outros, ampla disponibilidade de teste de HIV para os prováveis infectados, prova obrigatória em certas circunstâncias, como doações de sangue, notificação de casos de AIDS e infecção de HIV, equilíbrio dos direitos do paciente infectado com os não infectados, confidência da informação médica do paciente, e pesquisa para estabelecer a prevalência e incidência de HIV.

O número de pessoas com infecção de HIV e portadoras de AIDS cresce continuamente. Pelo ano 2000, calcula-se que 40 milhões de pessoas no mundo estarão infectados com HIV. A Associação Médica Mundial manifesta uma preocupação no sentido de que as Associações Médicas Nacionais tenham um papel ativo na política e programas de prevenção, tratamento e pesquisa. A Associação Médica Mundial acrescenta as seguintes recomendações: 1. que as Associações Médicas Nacionais, em cooperação com todos os segmentos de sociedade e governo, desenvolvam e implementem um programa de prevenção, tratamento e pesquisa de HIV. 2. que as Associações Médicas Nacionais trabalhem com todas as formas de mídia e de comunicação para assegurar um programa coordenado de prevenção, consciência de tratamento e respeito público pelo infectado. 3. que as Associações Nacionais de Médicos aconselhem seus associados das suas responsabilidades com os pacientes sobre as possíveis consequências do teste positivo. Informar a seus associados que devem usar tato e delicadeza com seus pacientes e ter a devida consideração com a condição psicológica deles. 4. que as Associações Médicas Nacionais ajudem no treinamento e educação de médicos no tratamento atualmente disponível para todas as fases de infecção de HIV, no uso de procedimentos de controle de infecção formais e nas precauções universais esboçadas pelos centros de controle da doença. 5. que as Associações Médicas Nacionais insistam na necessidade por educação médica biológica, clínica e psicológica relativa a pacientes HIV-infectados, ajudando os médicos a dar cuidado efetivo aos seus pacientes. 6. que as Associações Médicas Nacionais encorajem os médicos a ajudar seus pacientes a avaliar os riscos de infecção de HIV e a tomar medidas de prevenção apropriadas. 7. que as Associações Médicas Nacionais revisem e encorajem procedimentos de controle de infecção melhorando hospitais e outras instalações médicas. 8. que as Associações Médicas Nacionais revisem e encorajem melhoria em diagnose de HIV e tratamento para as mulheres e crianças. 9. que as Associações Médicas Nacionais encorajem o uso dessas técnicas de saúde pública que tiveram êxito no passado, especialmente lidando com epidemias de infecção de doenças sexualmente transmissíveis. 10. que o vínculo com o abuso de droga para transmissão de HIV é um campo adicional para as Associações Médicas Nacionais avançarem no tratamento do abuso de droga. 11. que as Associações Médicas Nacionais busquem a cooperação com médicos, profissionais e organizações de saúde para desenvolver estratégias mundiais na cooperação em prevenção, tratamento e, especialmente, em pesquisa de HIV que possam ser levados a cabo pelas sociedades profissionais.

## **RECOMENDAÇÃO DE MUNIQUE**

*(Sobre o uso do computador em medicina)*

*(Baseada em Resolução adotada pela 27.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, Munique, República Federal da Alemanha, outubro de 1973, e emendada pela 35.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Veneza, Itália, outubro de 1983)*

A Associação Médica Mundial, tendo tomado nota dos resultados dos avanços e vantagens do uso de computadores e dados eletrônicos que se processam no campo de saúde, especialmente em cuidados de paciente e epidemiologia, faz as seguintes recomendações:

1. As Associações Médicas Nacionais devem dar todos os passos possíveis para assegurar a privacidade, a segurança e a confidência de informação dos seus pacientes;
2. Não se deve permitir quebra da confidência ao lançar ou transferir informação confidencial de cuidados de saúde requeridas com a finalidade de realizar pesquisa científica, auditorias financeiras, avaliações de programa ou estudos semelhantes, contanto que a informação lançada não identifique, direta ou indiretamente, qualquer paciente individualmente no relatório de tal pesquisa, auditoria ou avaliação, nem se descubra de qualquer maneira as identidades dos pacientes;
3. As Associações Médicas Nacionais devem se opor a qualquer esforço no sentido de se criar legislação sobre processamento de dados eletrônicos que possam minar o direito do paciente da privacidade, segurança e confidência. Devem ser asseguradas proteções efetivas contra o uso sem autorização ou transmissão de números do seguro social ou outra informação pessoal que entra no computador;
4. Nunca devem ser conectados bancos de dados médicos a outros bancos de dados centrais.

## **RECOMENDAÇÃO DE RANCHO MIRAGE**

*(Sobre cuidados a pacientes com dor crônica severa em enfermidade terminal)*

*(Adotada pela 42.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Rancho Mirage, Estados Unidos, em outubro de 1990)*

## **Prefácio**

Os cuidados a pacientes terminais portadores de dor crônica severa devem prover tratamento que permita a esses doentes findar suas vidas com dignidade. Analgésicos, opiáceos e não opiáceos devem estar disponíveis, e quando corretamente usados podem trazer alívio efetivo de dor para a maioria dos pacientes terminais. Deve o médico apoiar, juntamente com outros médicos que querem estender ao paciente agonizante com dor crônica severa, a experiência da farmacologia clínica de analgésicos e as necessidades do paciente, da família e dos amigos. Também é imperativo que os governos assegurem que quantidades necessárias de medicamentos analgésicos opiáceos devam estar disponíveis para aplicação apropriada na administração da dor crônica severa.

## **Princípios da Administração Clínica de Dor Crônica Severa**

Quando um paciente é doente terminal, o médico tem que usar esforços no alívio de seu sofrimento. Dor é apenas um componente que o paciente está sofrendo. Porém, o impacto que a dor pode estar causando à vida de um paciente pode variar de desconforto tolerável até uma sensação de amargar uma derrota.

A experiência clínica demonstrou que, em geral, não é tanto o opiáceo que é usado para alcançar o alívio de dor crônica severa no paciente terminal, mas o uso continuado da droga é que se considera mais grave.

No entanto, é imperativo que o médico distinga entre dor aguda e dor que possa constituir-se em dor crônica, pois essa distinção pode levar a implicações importantes sobre o uso de analgésico opiáceos. Estes são os princípios gerais que devem guiar o tratamento de dor crônica severa, particularmente sobre o uso de medicamentos analgésicos:

1. O tratamento deve ser individualizado para satisfazer as necessidades do paciente e o manter tão confortável quanto possível.
2. Deve ser entendido que as necessidades do paciente com dor crônica diferem frequentemente das de pacientes com dor aguda.
3. O médico deve saber a potência, duração de ação e efeitos colaterais dos analgésicos disponíveis para selecionar a droga apropriada, como também a dose que assegurará o alívio da dor do paciente.
4. Combinações de analgésicos opiáceos e não opiáceos podem prover maior alívio de dor para os pacientes em quem analgésicos não opiáceos não têm mais nenhum efeito suficientemente mais longo. Isso pode ser alcançado sem produzir o uso de drogas de maior potencial com efeitos colaterais indesejáveis.
5. O aumento da tolerância para o analgésico aumentada a ansiedade pelo opiáceo, podendo ser sobrepujado, trocando por um opiáceo alternativo. Isso está baseado na falta de tolerância completa entre analgésicos de opiáceos diferentes.
6. A dependência iatrogênica não deve ser considerada um problema primário no tratamento da dor severa de doenças neoplásicas e nunca deve ser uma razão para privar esses pacientes de analgésicos fortes capazes de beneficiá-los.
7. Os governos devem examinar até que ponto seus sistemas de saúde, leis e regulamentos permitem o uso de opiáceos para propósitos médicos, identificando possíveis impedimentos para tal uso e desenvolvendo planos de ação para facilitar o provimento e a disponibilidade de opiáceos por indicações médicas devidamente apropriadas.

## **RESOLUÇÃO DE ESTOCOLMO**

*(Sobre a conduta de médicos relativa a transplante de órgãos humanos)*

*(Adotada pela 46.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Estocolmo, Suécia, setembro de 1994)*

CONSIDERANDO QUE há significativa preocupação sobre o número crescente de relatórios de médicos em participação de transplantes de órgãos humanos ou tecido retirados de corpos de prisioneiros executados na aplicação de pena de morte, sem seus consentimentos prévios ou sem lhes dar a oportunidade de recusar, ou de corpos de pessoas desvalidas cujas regularização das mortes são facilitadas pela colheita de seus órgãos, ou os corpos de pessoas pobres que concordaram em se desfazer de seus órgãos por propósitos comerciais; ou de corpos de crianças jovens sequestradas para esse propósito; e

CONSIDERANDO QUE em tais casos a participação de médicos está em desacordo direto com as diretrizes enunciadas pela Associação Médica Mundial em sua Declaração sobre Transplantes de Órgãos Humanos, adotada em outubro de 1987, FOI DECIDIDO que a Associação Médica Mundial reafirma solenemente as diretrizes e recomendações a todas as Associações Médicas Nacionais a apoiarem, e, no caso de infração destas diretrizes, punirem severamente os médicos envolvidos.

## **RESOLUÇÃO DE HAMBURGO**

*(Sobre a proibição de mulheres ao acesso à assistência médica e a proibição do exercício da profissão das médicas no Afeganistão)*

*(Adotada pela 49.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Hamburgo, Alemanha, em novembro de 1997)*

## **Introdução**

Durante anos, as mulheres e as meninas no Afeganistão sofrem um aumento nas violações de seus direitos humanos. Em 1996, foi decretada uma proibição geral de as mulheres trabalharem, que afetou mais de 40 mil pessoas. As organizações de direitos humanos chamaram a isto uma “catástrofe dos direitos humanos” das mulheres no Afeganistão. As mulheres estão completamente excluídas da vida social, os colégios de meninas estão fechados, as estudantes têm sido expulsas das universidades, mulheres e meninas são apedrejadas nas ruas. Segundo informação das Nações Unidas sobre a situação de direitos humanos no Afeganistão (fevereiro de 1996), a proibição de trabalhar afeta em primeiro lugar as mulheres do setor educacional e da saúde. Em especial, proibiu-se a médicas e enfermeiras de exercerem a profissão. Ainda que o setor da saúde esteja a ponto de colocar-se em colapso devido a estas restrições, têm havido algumas concessões. Se não há acesso às médicas, as pacientes e seus filhos não têm acesso à assistência médica. Tem-se autorizado a algumas médicas exercerem sua profissão, porém em geral só sob estrita e inaceitável supervisão (*Ministério de Relações Exteriores dos EE.UU., Informe sobre Direitos Humanos no Afeganistão, em 1996, janeiro/1997*).

### **Recomendações**

Portanto, a Associação Médica Mundial exorta suas associações médicas nacionais que insistam e peçam a seus governos:

1. Condenar energicamente as graves violações dos direitos humanos básicos das mulheres no Afeganistão.
2. Tomar medidas em nível mundial, a fim de restituir os direitos humanos fundamentais e de anular a proibição do exercício da profissão para as mulheres.
3. Insistir nos direitos das mulheres a ter uma atenção médica adequada em todo o espectro dos serviços médicos e cirúrgicos, incluído o tratamento de urgência e emergência.

## **RESOLUÇÃO DE NOVA DELHI**

*(Sobre revezamento de tarefas médicas)*

*(Aprovada pela Assembleia-Geral, WMA, Nova Delhi, Índia, outubro de 2009)*

Na área da saúde, o termo “revezamento de tarefas” é usado para descrever uma situação em que uma tarefa normalmente realizada por um médico é transferida para um profissional de saúde com um nível diferente, ou mais baixo de educação e formação, ou a uma pessoa especificamente treinada para executar uma tarefa limitada, sem ter uma educação formal de saúde. A tarefa de deslocamento ocorre tanto em países que enfrentam escassez de médicos quanto naqueles que não estão enfrentando escassez.

Um fator importante para a principal mudança de tarefa é a falta de trabalhadores qualificados, resultante da migração ou outros fatores. Em países que enfrentam uma grave escassez de médicos, a mudança de tarefa pode ser usada para treinar os profissionais de saúde em cuidados alternativos ou leigos para executar tarefas geralmente consideradas da competência da profissão médica. A lógica subjacente à transferência dessas tarefas é que a alternativa seria haver serviço aos necessitados. Nesses países, o revezamento de tarefas visa melhorar a saúde das populações extremamente vulneráveis, principalmente para enfrentar a escassez atual de profissionais de saúde ou resolver os problemas de saúde específicos, tais como o HIV. Em países com a mais extrema escassez de médicos, novos quadros de profissionais de saúde foram estabelecidos. No entanto, essas pessoas, assumindo tarefas de médicos, não têm a educação geral e a formação de médicos e devem desempenhar as suas funções de acordo com protocolos, mesmo sem o conhecimento, experiência e julgamento profissional necessários para tomar decisões adequadas. Isso pode ser adequado em países onde não se tenha melhores condições, mas isso não deve ser estendido para países em diferentes condições.

Nos países onde não se enfrenta uma grave escassez de médicos, a tarefa de mudança pode ocorrer por diversos motivos: sociais, econômicos e profissionais, às vezes sob o pretexto de eficácia, de poupança ou de outros créditos não comprovados. Pode ser estimulada, ou, inversamente, impedida, por profissões que procuram ampliar ou proteger o seu domínio tradicional. Pode ser iniciada pelas autoridades de saúde, por profissionais de saúde alternativos e, por vezes, pelos próprios médicos. Pode ser facilitada pelo avanço da tecnologia médica, que normatiza a realização e a interpretação de determinadas tarefas, permitindo, portanto, que sejam realizadas por não médicos ou assistentes técnicos, em vez de por médicos. Isso tem sido feito normalmente em estreita colaboração com a profissão médica. No entanto, deve-se reconhecer que a medicina não pode ser vista apenas como uma disciplina técnica.

A mudança de tarefa pode ocorrer já dentro de uma equipe de médicos existentes, resultando em um rearranjo dos papéis e funções desempenhadas pelos membros dessa equipe. Pode também criar novos tipos de pessoal, cuja função é ajudar os outros profissionais de saúde, especialmente médicos, bem como pessoal treinado para realizar tarefas específicas de forma independente.

Embora a mudança de tarefa possa ser útil em certas situações, e às vezes pode melhorar o nível de atendimento ao paciente, ela traz consigo riscos significativos. O primeiro e mais importante deles é o risco de diminuição da qualidade da assistência ao paciente, especialmente se o julgamento médico é tomado de decisões superiores. Além do fato de o paciente poder ser tratado por um agente de saúde treinado, há questões de qualidade específicas, incluindo contato médico-paciente, serviço incompleto e ineficiente, falta de acompanhamento adequado, diagnóstico incorreto e incapacidade de lidar com complicações.

Além disso, o revezamento de tarefas que implanta o pessoal de apoio pode realmente aumentar a demanda de médicos. Médicos terão cada vez mais responsabilidades como instrutores e supervisores, diminuindo o tempo escasso de suas muitas outras tarefas, como o cuidado direto do paciente. Eles também podem ter aumento profissional e/ou responsabilidade legal para o atendimento prestado por profissionais de saúde sob a sua supervisão.

A Associação Médica Mundial manifesta particular apreensão sobre o fato de que a mudança de tarefa é muitas vezes iniciada pelas autoridades de saúde, haver uma consulta aos médicos e às suas associações representativas profissionais.

## **Recomendações**

Portanto, a Associação Médica Mundial recomenda as seguintes diretrizes:

1. Qualidade e continuidade dos cuidados e a segurança do paciente nunca devem ser comprometidas e devem ser a base para todas as reformas e legislação em matéria de revezamento de tarefas.

2. Quando as tarefas são afastadas dos médicos, estes e as associações representativas devem ser consultados e pessoalmente envolvidos desde o início em todos os aspectos relativos à execução da tarefa, especialmente no âmbito da reforma das legislações e regulamentos. Os médicos podem considerar o início e a formação de um novo quadro de auxiliares sob sua supervisão em conformidade com os princípios de segurança e assistência ao paciente adequado.

3. Os padrões de qualidade e protocolos de tratamento devem ser definidos, desenvolvidos e super-visionados por médicos. O credenciamento dos sistemas deve ser concebido e executado em paralelo com a execução da tarefa para garantir a qualidade do atendimento. As tarefas a serem realizadas apenas por médicos devem estar claramente definidas. Especificamente, o papel do diagnóstico e a prescrição devem ser cuidadosamente estudados.

4. Em países com grave escassez de médicos, a tarefa de mudança deve ser encarada como uma estratégia provisória com uma estratégia claramente formulada. No entanto, quando as condições de um determinado país tornam provável a sua implementação em longo prazo, uma estratégia de sustentabilidade deve ser implementada.

5. A tarefa de mudança não deve substituir o desenvolvimento de meios sustentáveis em pleno funcionamento dos sistemas de saúde. Na assistência aos trabalhadores não devem ser empregados profissionais de saúde desempregados e subempregados. Essa tarefa não deve substituir a educação e a formação dos médicos nem a de outros profissionais de saúde. O ideal será treinar e contratar trabalhadores mais qualificados, em vez de transferir tarefas para os trabalhadores menos qualificados.

6. A tarefa de mudança não deve ser realizada ou vista apenas como uma medida de economia de custos como os benefícios econômicos de revezamento de tarefas, porque o custo de medidas orientado nesse sentido não é susceptível de produzir resultados de qualidade no melhor interesse dos pacientes. A análise positiva dos benefícios econômicos de revezamento de tarefas deve ser feita com o objetivo de medir os resultados de saúde, a relação custo-eficácia e a produtividade.

7. A tarefa de mudança deve ser complementada com os incentivos para a retenção dos profissionais de saúde, como o aumento dos salários e a melhoria das condições de trabalho.

8. As razões subjacentes à necessidade de revezamento de tarefas diferem de país para país e, portanto, as soluções adequadas para um país podem não ser automaticamente adotadas por outros.

9. O efeito da tarefa de deslocamento de tarefas no funcionamento dos sistemas de saúde permanece obscuro. As avaliações devem ser feitas sobre o impacto da mudança sobre a tarefa ao paciente e os resultados de saúde, bem como a eficiência e a eficácia da prestação de cuidados de saúde. Em particular, quando a mudança de tarefa ocorre em resposta às questões de saúde específicas, tais como o HIV, a avaliação regular e o acompanhamento deverão ser conduzidos em todo sistema de saúde. Esse trabalho é essencial para garantir que esses programas melhorem a saúde dos pacientes.

10. A tarefa de mudança deve ser estudada e avaliada de forma independente e não sob os auspícios dos designados para executar ou financiar o revezamento de tarefas.

11. A tarefa de mudança é apenas uma resposta à escassez de profissionais da saúde. Outros métodos, tais como a prática de colaboração ou de uma equipe associada de abordagem, deverão ser desenvolvidos em paralelo e vistos como padrão-ouro. A tarefa de mudança não deve substituir o desenvolvimento do apoio mútuo das equipes de atendimento interativo da saúde, coordenada por um médico, em que cada membro pode dar sua contribuição única para o atendimento a ser prestado.

12. Para que a prática colaborativa tenha sucesso, o treinamento em liderança e trabalho em equipe deve ser melhorado. Também deve haver uma clara compreensão do que cada pessoa treinada é capaz de fazer, a compreensão clara de suas responsabilidades e o uso definido da aceitação de uma terminologia.

13. A mudança de tarefa deve ser precedida de revisão sistemática, análise e discussão das necessidades potenciais e os custos e benefícios. Não deve ser proposta apenas como uma reação a outras condutas no sistema de saúde.

14. A investigação deve ser conduzida de modo a identificar os modelos de formação bem-sucedida. Trabalhos deverão ser comparados com os vários modelos atualmente existentes. Deverá também centrar-se na escolha da informação e na partilha de informações, provas e resultados. A investigação e a análise devem ser globais e os médicos devem ser parte do processo.

15. Quando necessário, as Associações Médicas Nacionais devem colaborar com as associações de outros profissionais de saúde na definição do quadro para o revezamento de tarefas. A Associação Médica Mundial deve considerar o estabelecimento de um conselho para a troca de informações sobre esse tópico, no qual os membros possam discutir a evolução de seus países e seus efeitos sobre a assistência ao paciente e seus resultados.

## **RESOLUÇÃO DE NOVA DELHI (II)**

*(Sobre o apoio à preservação internacional da neutralidade Médica)*

*(Adotada na sessão pelo Conselho AMM, em Tel Aviv, maio de 2009)*

CONSIDERANDO QUE recentes conflitos internacionais, incluindo o conflito israelense-palestino em Gaza, o conflito no Sri Lanka, o conflito em Darfur e o conflito na República do Congo, causaram a perda de vidas e a deterioração das condições de vida e que padrões internacionais de neutralidade médica deve ser mantida durante tais conflitos, a AMM recomenda: 1. Reafirmar os “regulamentos em tempos de conflito armado” e as obrigações dos médicos fornecidas e chama a atenção de seus membros para agir de acordo com todos os princípios da prestação de cuidados de saúde internacionalmente aceitos em tempos de conflito. 2. Reiterar seu compromisso para o direito universal à saúde e acesso ao mais alto nível de cuidado e que isso não é condicional em paz, embora estas condições permitam muito mais para oferecer saúde para todos. 3. Reafirmar a obrigação de todas as partes envolvidas no conflito para que respeitem as normas internacionais de ética médica e as disposições do direito internacional humanitário, como afirmava a Convenção de Genebra, assegurando a prestação de cuidados médicos ou de evacuação de feridos ou presos e não agir contra o pessoal e as instalações médicas.

## **RESOLUÇÃO DE OTTAWA**

*(Sobre a assistência médica aos refugiados)*

*(Adotada pela 50.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Ottawa, Canadá, em outubro de 1998)*

CONSIDERANDO QUE os recentes conflitos internacionais e civis têm produzido um aumento constante da quantidade de refugiados em todas as regiões;

CONSIDERANDO QUE os códigos internacionais de direitos humanos e de ética médica, incluindo a Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial, estipulam que toda pessoa tem direito, sem discriminação, à atenção médica apropriada,

RESOLVE QUE:

Os médicos têm o dever de prestar assistência médica apropriada sem considerar a condição política do paciente e os governos não devem negar ao paciente o direito de receber, nem devem intervir com o dever de o médico cumprir com sua obrigação de aplicar um tratamento adequado, e

Os médicos não podem ser obrigados a participar de nenhuma medida de castigo ou judicial aos refugiados, ou aplicar um tratamento ou medida que não esteja medicamente justificada, como o uso de calmantes para permitir uma fácil expulsão do país, e

Deve-se permitir que os médicos tenham suficiente tempo e recursos para avaliar a condição física e psicológica dos refugiados que solicitam asilo.

## **RESOLUÇÃO DE PARIS**

*(Sobre clonagem)*

*(Adotada pela 147.ª Sessão de Conselho da AMM, Paris, França, maio de 1997, e endossada pela 49.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Hamburgo, Alemanha, novembro de 1997)*

Reconhecendo que houve recentes progressos científicos que conduziram à clonagem de um mamífero, isto é, de uma ovelha, e porque isso eleva a possibilidade de tais técnicas de clonagem serem usadas em seres humanos, cresce a preocupação de se protegerem a dignidade do ser humano e a segurança do material genético humano.

A Associação Médica Mundial conclama por este meio os médicos envolvidos em pesquisa e os outros investigadores voluntários a não participarem na clonagem de seres humanos até os assuntos científicos, éticos e legais serem considerados completamente sob o controle dos médicos e cientistas.

## **RESOLUÇÃO DE RANCHO MIRAGE**

*(Sobre substituição terapêutica)*

*(Adotada pela 42.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial em Rancho Mirage, Estados Unidos, em outubro de 1990)*

CONSIDERANDO que substituição terapêutica é uma forma de substituição de medicamentos. Substituição terapêutica acontece quando um farmacêutico substitui uma medicação quimicamente diferente da droga que o médico prescreveu de fato. A medicação substituída pelo farmacêutico pertence à mesma classe de fármacos ou à mesma classe terapêutica. No entanto, desde que as duas drogas tenham

estruturas de substâncias químicas diferentes, potencialmente podem acontecer resultados adversos para o paciente.

CONSIDERANDO que substituição genérica é completamente diferente de substituição terapêutica. Em substituição genérica, uma droga genérica é substituída por uma droga de mesmo nome ou marca. Entretanto, ambas as drogas têm o mesmo ingrediente da substância química ativa, mesma dosagem e mesma forma de posologia.

CONSIDERANDO que a prescrição de uma droga representa a culminação de um processo deliberativo cuidadoso entre médico e paciente, dirigido à prevenção, melhora ou cura de uma doença ou perturbação. Esse processo deliberativo requer que o médico avalie uma variedade de dados científicos e psicológicos, inclusive custos, e faça a escolha individualizada de terapia para cada paciente.

CONSIDERANDO que médicos têm a responsabilidade de diagnosticar a condição do paciente e o desenvolvimento de um plano de tratamento, inclusive prescrevendo drogas e medicamentos apropriados.

DECIDIU recomendar a Associação Médica Mundial que: 1. a individualização de uma terapia para o paciente seja baseada em um banco de dados clínicos completo, compilado de uma história clínica, inclusive achados físicos atuais, dados de laboratório pertinentes e fatores psicossociais; 2. a autoridade de prescrição do médico seja mantida, de forma que o paciente receba cuidado orientado e efetivo; 3. o farmacêutico seja exigido para que forneça a substância química exata, a dosagem e a forma prescritas pelo médico.

DECIDIU recomendar mais adiante que a Associação Médica Mundial se oponha a: 1. o conceito de substituição terapêutica porque resulta em prescrição baseada em informação incompleta e, assim, pode ser prejudicial ao bem-estar do paciente; 2. a qualquer lei governamental que regule e permita a substituição terapêutica.

## RESOLUÇÃO DE SANTIAGO

*(Sobre a Proibição do fumo em voos internacionais)*

*(Adotada pela 43.ª Assembleia Médica Mundial em Malta, novembro de 1991 e revista pela Assembleia-Geral da AMM, Santiago, 2005)*

CONSIDERANDO que a Associação Médica Mundial adotou a Declaração sobre “Os perigos de Snuff para a Saúde”, o que levanta a proibição de fumar e

CONSIDERANDO que as Associações Médicas Nacionais têm o reconhecimento e credibilidade para promover a ideia de uma sociedade sem tabaco e têm a responsabilidade de trabalhar para os cuidados de saúde de qualidade para todos e

CONSIDERANDO que a International Civil Aviation Organization (ICAO), filiada à Organização das Nações Unidas, é o órgão que estabelece padrões para a aviação civil internacional para 162 países membros e

CONSIDERANDO que é essencial para incentivar governos de todo o mundo para apoiar a adoção de um padrão ICAO exige não fumadores em voos em todo o mundo.

PORTANTO,

FICA RESOLVIDO QUE A Associação Médica Mundial recomenda que:

1. As associações médicas nacionais solicitem uma rápida aprovação de acordos bilaterais e multilaterais de voos internacionais que exigem não fumantes entre os países específicos, apoiando a adoção do padrão editado pela ICAO.

2. As associações médicas nacionais devem se reunir com mediadores dos governos responsáveis pelos programas que regulam os voos internacionais de linhas aéreas comerciais e pedir-lhes para apoiar a ICAO contra os fumantes.

3. As associações médicas nacionais para o representante da ICAO em seus países listados neste documento, e pedir para iniciar ou apoiar um padrão de não fumantes em seus voos.

4. As associações médicas nacionais pedir ao Ministro dos Transportes para iniciar acordos bilaterais ou multilaterais para proibir o fumo em todos os voos.

5. As associações médicas nacionais em contato com o Ministro da Saúde e membros do Parlamento ou Congresso para solicitar apoio para a iniciativa.

6. As associações médicas nacionais para enviar um relatório de síntese para a Secretaria do MMA sobre o resultado das medidas tomadas no sentido de proibir o fumo em todos os voos comerciais a fim de ter uma troca de ideias.

A Associação Médica Mundial expressa seu agradecimento ao Cancer Society dos Estados Unidos para obter informações sobre qual a resolução sobre a “Proibição de fumar em voos internacionais”.

IMPORTÂNCIA DO CONSELHO DA ICAO

33 nações formam o Conselho da ICAO, que é o órgão executivo que toma decisões de ICAO. Como precisa do apoio de todas as nações para a proibição de fumar em voos internacionais, é especialmente importante para os grupos nos 33 países membros do Conselho da ICAO para divulgar a sua posição.

## RESOLUÇÃO DE SEUL (I)

*(sobre o acesso da mulher e assistência à saúde da criança e do papel da mulher na profissão médica)*

*(Aprovada pela 49.ª Assembleia Médica Mundial, em Hamburgo, Alemanha, novembro de 1997, e alterada pela Assembleia-Geral da WMA, Seul, Coreia, outubro de 2008)*

## **Introdução**

Durante anos, as mulheres e meninas em todo o mundo foram submetidas a um aumento das violações dos direitos humanos. Muitas vezes, essas violações resultam de preconceitos históricos com base no sexo, e mulheres e meninas são impedidas de acesso ao emprego, educação e saúde, entre outros.

Em muitos países, as crenças religiosas e culturais, entre outras coisas, têm impedido os médicos e enfermeiros, o que poderá assistir os pacientes e seus filhos, que não têm acesso aos cuidados médicos.

As meninas têm os mesmos direitos das outras crianças e as mulheres têm direitos iguais aos homens.

A discriminação contra meninas e mulheres prejudica as expectativas de sua saúde. Educar meninas é um fator importante que afeta a possibilidade de saúde e bem-estar na vida adulta. Também aumenta a probabilidade de que seus filhos sobrevivam à infância. A discriminação por práticas sociais, as restrições religiosas e culturais sobre a liberdade das mulheres de tomar suas próprias decisões, além de acesso ao emprego e à saúde devem ser condenadas.

## **Recomendações**

Portanto, a Associação Médica Mundial conclama as Associações Médicas Nacionais para:

- Condenar veementemente as violações dos direitos humanos fundamentais das mulheres e crianças, inclusive as decorrentes de práticas sociais, religiosas e culturais.
- Insistir sobre os direitos das mulheres e crianças para que tenham um cuidado médico completo e adequado, especialmente onde as restrições religiosas e culturais dificultam o acesso a esses cuidados.
- Promover o direito à saúde das mulheres e crianças como direitos humanos.
- Sensibilizar os seus membros sobre as questões da igualdade de gênero e a participação das mulheres na tomada de decisão sobre saúde e atividades relacionadas.
- Aumentar a representação e a efetiva participação das mulheres na profissão médica, especialmente no que diz respeito à entrada de mais mulheres nas escolas médicas.
- Promover a realização dos direitos humanos à igualdade de oportunidades e à liberdade da sexualidade.
- Promover o aumento de mulheres membros das Associações Médicas Nacionais através da capacitação, desenvolvimento da profissão, formação adequada para melhorar os conhecimentos e as aptidões, entre outras iniciativas estratégicas.

## **RESOLUÇÃO DE SEUL (II)**

*(Sobre cuidados dos refugiados e pessoas deslocadas de seus países)*

*(Aprovada pela 50.ª Assembleia-Geral, Ottawa, Canadá, outubro de 1998, e reafirmada pela Assembleia-Geral da WMA, Seul, Coreia, outubro de 2008)*

CONSIDERANDO que os conflitos internacionais e civis têm produzido um aumento constante do número de refugiados e pessoas deslocadas em seus países e em todas as regiões, e

CONSIDERANDO que os direitos humanos internacionais e os códigos de ética médica, incluindo a Declaração de Lisboa da Associação Médica Mundial em Direitos dos Doentes, afirmem que toda pessoa tem o direito, sem discriminação, a assistência médica adequada;

Portanto, fica decidido que:

- Os médicos têm o dever de prestar assistência médica adequada, independentemente do estado civil ou da posição política do paciente, e os governos não devem negar ao paciente o direito de receber assistência, nem devem interferir no dever do médico de cumprir sua obrigação de implementar um tratamento adequado;
- Os médicos não podem ser forçados a participar de qualquer ação ou punição judicial para os refugiados ou pessoas deslocadas, ou aplicar um tratamento ou conduta que não se justifique, como o uso de sedativos para facilitar a remoção ou realocação do país; e
- Deve permitir que os médicos tenham tempo e recursos suficientes para avaliar a condição física e psicológica dos refugiados que procuram asilo.

## **RESOLUÇÃO DE TEL AVIV (I)**

*(Sobre a inclusão de Ética Médica e Direitos Humanos no currículo das escolas médicas no mundo)*

*(Adotada pela 51.ª Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial, em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999)*

1. CONSIDERANDO QUE a ética médica e os direitos humanos formam parte integral do trabalho e da cultura da profissão médica; e
2. CONSIDERANDO QUE a ética médica e os direitos humanos formam parte integral da história, da estrutura e dos objetivos da Associação Médica Mundial,

RESOLVE que a Associação Médica Mundial recomenda firmemente às escolas de medicina no mundo inteiro que o ensino da ética médica e dos direitos humanos sejam incluídos como matéria obrigatória em seus currículos.

## **RESOLUÇÃO DE TEL AVIV (II)**

*(Sobre a prática da tortura por médicos)*

*(Adotada pela 182.ª Sessão do Conselho da AMM, Tel Aviv, maio de 2009)*

CONSIDERANDO QUE relatórios através de mundo se referem a práticas profundamente inquietantes realizadas por profissionais da saúde, incluída a participação direta na imposição de maus-tratos, motorização de métodos específicos de maus-tratos e participação em interrogatórios.

Portanto, a AMM

1. Reafirma sua Declaração de Tóquio: Normas Diretivas para Médicos com respeito à Tortura e outros Tratos ou Castigos cruéis, desumanos ou degradantes, impostos sobre pessoas detidas ou encarceradas, que proíbem aos médicos participar ou inclusive estarem presentes durante a prática de torturas ou outro trato cruel, desumano ou degradante e insta às associações médicas nacionais a dar a conhecer aos médicos e governos a Declaração e seus conteúdos.

2. Reafirmar sua Declaração de Hamburgo: Apoio aos Médicos que se Negam a Participar ou a Tolerar a Tortura ou Outras Formas de Trato Cruel, Desumano ou Degradante.

3. Reafirmar sua Resolução: Responsabilidade dos Médicos na Documentação e Denúncia de Casos de Tortura ou Trato Cruel, Desumano ou Degradante dos que Tenham Conhecimento.

4. Insta às associações médicas nacionais a apoiar este princípio fundamental da ética médica e a pesquisar toda violação desses princípios de parte dos membros da associação.

---

# CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

*Aprovado pela Resolução CFO 118/2012*

## Capítulo I

### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1.º O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Art. 2.º A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

Art. 3.º O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Art. 4.º A natureza personalíssima da relação paciente/profissional na atividade odontológica visa demonstrar e reafirmar, através do cumprimento dos pressupostos estabelecidos por este Código de Ética, a peculiaridade que reveste a prestação de tais serviços, diversos, portanto, das demais prestações, bem como de atividade mercantil.

## Capítulo II

### DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 5.º Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

I – diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional;

II – guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções;

III – contratar serviços de outros profissionais da Odontologia, por escrito, de acordo com os preceitos deste Código e demais legislações em vigor;

IV – recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;

V – renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente, por escrito, ao paciente ou seu responsável legal, fornecendo ao cirurgião-dentista que lhe suceder todas as informações necessárias para a continuidade do tratamento;

VI – recusar qualquer disposição estatutária, regimental, de instituição pública ou privada, que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, bem como recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal; e,

VII – decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente ou periciado, evitando que o acúmulo de encargos, consultas, perícias ou outras avaliações venham prejudicar o exercício pleno da Odontologia.

Art. 6.º Constitui direito fundamental das categorias técnicas e auxiliares recusarem-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, ética e legal, ainda que sob supervisão do cirurgião-dentista.

Art. 7.º Constituem direitos fundamentais dos técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal:

I – executar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, os procedimentos constantes na Lei n.º 11.889/2008 e nas Resoluções do Conselho

Federal;

II – resguardar o segredo profissional; e,

III – recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres.

### Capítulo III

#### DOS DEVERES FUNDAMENTAIS

Art. 8.º A fim de garantir a fiel aplicação deste Código, o cirurgião-dentista, os profissionais técnicos e auxiliares, e as pessoas jurídicas, que exerçam atividades no âmbito da Odontologia, devem cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, e com discrição e fundamento, comunicar ao Conselho Regional fatos de que tenham conhecimento e caracterizem possível infringência do presente Código e das normas que regulam o exercício da Odontologia.

Art. 9.º Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:

I – manter regularizadas suas obrigações financeiras junto ao Conselho Regional;

II – manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional;

III – zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

IV – assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;

V – exercer a profissão mantendo comportamento digno;

VI – manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;

VII – zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

VIII – resguardar o sigilo profissional;

IX – promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;

X – elaborar e manter atualizados os prontuários na forma das normas em vigor, incluindo os prontuários digitais;

XI – apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;

XII – propugnar pela harmonia na classe;

XIII – abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação;

XIV – assumir responsabilidade pelos atos praticados, ainda que estes tenham sido solicitados ou consentidos pelo paciente ou seu responsável;

XV – resguardar sempre a privacidade do paciente;

XVI – não manter vínculo com entidade, empresas ou outros desígnios que os caracterizem como empregado, credenciado ou cooperado quando as mesmas se encontrarem em situação ilegal, irregular ou inidônea;

XVII – comunicar aos Conselhos Regionais sobre atividades que caracterizem o exercício ilegal da Odontologia e que sejam de seu conhecimento;

XVIII – encaminhar o material ao laboratório de prótese dentária devidamente acompanhado de ficha específica assinada; e,

XIX – registrar os procedimentos técnico-laboratoriais efetuados, mantendo-os em arquivo próprio, quando técnico em prótese dentária.

### Capítulo IV

#### DAS AUDITORIAS E PERÍCIAS ODONTOLÓGICAS

Art. 10. Constitui infração ética:

I – deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência;

II – intervir, quando na qualidade de perito ou auditor, nos atos de outro profissional, ou fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e lacrado, que deve ser encaminhado a quem de direito;

III – acumular as funções de perito/auditor e procedimentos terapêuticos odontológicos na mesma entidade prestadora de serviços odontológicos;

IV – prestar serviços de auditoria a pessoas físicas ou jurídicas que tenham obrigação de inscrição nos Conselhos e que não estejam regularmente inscritas no Conselho de sua jurisdição;

V – negar, na qualidade de profissional assistente, informações odontológicas consideradas necessárias ao pleito da concessão de benefícios previdenciários ou outras concessões facultadas na forma da Lei, sobre seu paciente, seja por meio de atestados, declarações, relatórios, exames, pareceres ou quaisquer outros documentos probatórios, desde que autorizado pelo paciente ou responsável legal

interessado;

VI – receber remuneração, gratificação ou qualquer outro benefício por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou auditor;

VII – realizar ou exigir procedimentos prejudiciais aos pacientes e ao profissional, contrários às normas de Vigilância Sanitária, exclusivamente para fins de auditoria ou perícia; e,

VIII – exercer a função de perito, quando:

a) for parte interessada;

b) tenha tido participação como mandatário da parte, ou sido designado como assistente técnico de órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento como testemunha;

c) for cônjuge ou a parte for parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral até o segundo grau; e,

d) a parte for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que tenha ou teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas, capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial ou da auditoria.

## Capítulo V

### DO RELACIONAMENTO

#### Seção I

##### Com o Paciente

Art. 11. Constitui infração ética:

I – discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto;

II – aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional/paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política;

III – exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica;

IV – deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento;

V – executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado;

VI – abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e que deverá ser informado ao paciente ou ao seu responsável legal de necessidade da continuidade do tratamento;

VII – deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo;

VIII – desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;

IX – adotar novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comprovação científica;

X – iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;

XI – delegar a profissionais técnicos ou auxiliares atos ou atribuições exclusivas da profissão de cirurgião-dentista;

XII – opor-se a prestar esclarecimentos e/ou fornecer relatórios sobre diagnósticos e terapêuticas, realizados no paciente, quando solicitados pelo mesmo, por seu representante legal ou nas formas previstas em lei;

XIII – executar procedimentos como técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e auxiliar em prótese dentária, além daqueles discriminados na Lei que regulamenta a profissão e nas resoluções do Conselho Federal; e,

XIV – propor ou executar tratamento fora do âmbito da Odontologia.

#### Seção II

##### Com a Equipe de Saúde

Art. 12. No relacionamento entre os inscritos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, serão mantidos o respeito, a lealdade e a colaboração técnico-científica.

Art. 13. Constitui infração ética:

I – agenciar, aliciar ou desviar paciente de colega, de instituição pública ou privada;

II – assumir emprego ou função sucedendo o profissional demitido ou afastado em represália por atitude de defesa de movimento legítimo da categoria ou da aplicação deste Código;

III – praticar ou permitir que se pratique concorrência desleal;

IV – ser conivente em erros técnicos ou infrações éticas, ou com o exercício irregular ou ilegal da Odontologia;

V – negar, injustificadamente, colaboração técnica de emergência ou serviços profissionais a colega;

VI – criticar erro técnico-científico de colega ausente, salvo por meio de representação ao Conselho Regional;

VII – explorar colega nas relações de emprego ou quando compartilhar honorários; descumprir ou desrespeitar a legislação pertinente no tocante às relações de trabalho entre os componentes da equipe de saúde;

VIII – ceder consultório ou laboratório, sem a observância da legislação pertinente; e,

IX – delegar funções e competências a profissionais não habilitados e/ou utilizar-se de serviços prestados por profissionais e/ou empresas não habilitados legalmente ou não regularmente inscritos no Conselho Regional de sua jurisdição.

## Capítulo VI

### DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 14. Constitui infração ética:

I – revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

II – negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional; e,

III – fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir paciente, sua imagem ou qualquer outro elemento que o identifique, em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto, salvo se o cirurgião-dentista estiver no exercício da docência ou em publicações científicas, nos quais, a autorização do paciente ou seu responsável legal, lhe permite a exibição da imagem ou prontuários com finalidade didático-acadêmicas.

Parágrafo único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

I – notificação compulsória de doença;

II – colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;

III – perícia odontológica nos seus exatos limites;

IV – estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e,

V – revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

Art. 15. Não constitui quebra de sigilo profissional a declinação do tratamento empreendido, na cobrança judicial de honorários profissionais.

Art. 16. Não constitui, também, quebra do sigilo profissional a comunicação ao Conselho Regional e às autoridades sanitárias as condições de trabalho indignas, inseguras e insalubres.

## Capítulo VII

### DOS DOCUMENTOS ODONTOLÓGICOS

Art. 17. É obrigatória a elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio seja de forma física ou digital.

Parágrafo único. Os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

Art. 18. Constitui infração ética:

I – negar, ao paciente ou periciado, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionem riscos ao próprio paciente ou a terceiros;

II – deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal;

III – expedir documentos odontológicos: atestados, declarações, relatórios, pareceres técnicos, laudos periciais, auditorias ou de verificação odontolegal, sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade;

IV – comercializar atestados odontológicos, recibos, notas fiscais, ou prescrições de especialidades farmacêuticas;

V – usar formulários de instituições públicas para prescrever, encaminhar ou atestar fatos verificados na clínica privada;

VI – deixar de emitir laudo dos exames por imagens realizados em clínicas de radiologia; e,

VII – receitar, atestar, declarar ou emitir laudos, relatórios e pareceres técnicos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação, inclusive com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia na sua jurisdição, bem como assinar em branco, folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos odontológicos.

## Capítulo VIII

### DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Art. 19. Na fixação dos honorários profissionais, serão considerados:

I – condição socioeconômica do paciente e da comunidade;

II – o conceito do profissional;

- III – o costume do lugar;
- IV – a complexidade do caso;
- V – o tempo utilizado no atendimento;
- VI – o caráter de permanência, temporariedade ou eventualidade do trabalho;
- VII – circunstância em que tenha sido prestado o tratamento;
- VIII – a cooperação do paciente durante o tratamento;
- IX – o custo operacional; e,
- X – a liberdade para arbitrar seus honorários, sendo vedado o aviltamento profissional.

Parágrafo único. O profissional deve arbitrar o valor da consulta e dos procedimentos odontológicos, respeitando as disposições deste Código e comunicando previamente ao paciente os custos dos honorários profissionais.

Art. 20. Constitui infração ética:

- I – oferecer serviços gratuitos a quem possa remunerá-los adequadamente;
- II – oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;
- III – receber ou dar gratificação por encaminhamento de paciente;
- IV – instituir cobrança através de procedimento mercantilista;
- V – abusar da confiança do paciente submetendo-o a tratamento de custo inesperado;
- VI – receber ou cobrar remuneração adicional de paciente atendido em instituição pública, ou sob convênio ou contrato;
- VII – agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, paciente de instituição pública ou privada para clínica particular;
- VIII – permitir o oferecimento, ainda que de forma indireta, de seus serviços, através de outros meios como forma de brinde, premiação ou descontos;
- IX – divulgar ou oferecer consultas e diagnósticos gratuitos ou sem compromisso; e,
- X – a participação de cirurgião-dentista e entidades prestadoras de serviços odontológicos em cartão de descontos, caderno de descontos, “gift card” ou “vale presente” e demais atividades mercantilistas.

Art. 21. O cirurgião-dentista deve evitar o aviltamento ou submeter-se a tal situação, inclusive por parte de convênios e credenciamentos, de valores dos serviços profissionais fixados de forma irrisória ou inferior aos valores referenciais para procedimentos odontológicos.

## Capítulo IX

### DAS ESPECIALIDADES

Art. 22. O exercício e o anúncio das especialidades em Odontologia obedecerão ao disposto neste capítulo e às normas do Conselho Federal.

Art. 23. O especialista, atendendo a paciente encaminhado por cirurgião-dentista, atuará somente na área de sua especialidade requisitada.

Parágrafo único. Após o atendimento, o paciente será, com os informes pertinentes, restituído ao cirurgião-dentista que o encaminhou.

Art. 24. É vedado intitular-se especialista sem inscrição da especialidade no Conselho Regional.

Art. 25. Para fins de diagnóstico e tratamento o especialista poderá conferenciar com outros profissionais.

## Capítulo X

### DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Art. 26. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições.

Art. 27. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normatizações pertinentes.

Art. 28. Constitui infração ética:

- I – fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da Odontologia; e,
- II – afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro cirurgião-dentista encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

## Capítulo XI

### DAS ENTIDADES COM ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA

Art. 29. Aplicam-se as disposições deste Código de Ética e as normas dos Conselhos de Odontologia a todos àqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, tais como: clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamento, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras

entidades.

Art. 30. Os profissionais inscritos prestadores de serviço responderão, nos limites de sua atribuição, solidariamente, pela infração ética praticada, ainda que não desenvolva a função de sócio ou responsável técnico pela entidade.

Art. 31. Constitui infração ética a não observância pela entidade da obrigação de:

I – indicar um responsável técnico de acordo com as normas do Conselho Federal, bem como respeitar as orientações éticas fornecidas pelo mesmo;

II – manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados;

III – propiciar ao profissional condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos que garantam o seu desempenho pleno e seguro;

IV – manter auditorias odontológicas constantes, através de profissionais capacitados, desde que respeitadas a autonomia dos profissionais;

V – restringir-se à elaboração de planos ou programas de saúde bucal que tenham respaldo técnico, administrativo e financeiro;

VI – manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para atendê-los; e,

VII – atender as determinações e notificações expedidas pela fiscalização do Conselho Regional, suspendendo a prática irregular e procedendo as devidas adequações.

Art. 32. Constitui infração ética:

I – apregoar vantagens irreais visando a estabelecer concorrência com entidades congêneres;

II – oferecer tratamento abaixo dos padrões de qualidade recomendáveis;

III – anunciar especialidades sem constar no corpo clínico os respectivos especialistas, com as devidas inscrições no Conselho Regional de sua jurisdição;

IV – anunciar especialidades sem as respectivas inscrições de especialistas no Conselho Regional;

V – valer-se do poder econômico visando a estabelecer concorrência desleal com entidades congêneres ou profissionais individualmente;

VI – deixar de manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para o atendimento e de responder às reclamações dos mesmos;

VII – deixar de prestar os serviços ajustados no contrato;

VIII – oferecer serviços profissionais como bonificação em concursos, sorteios, premiações e promoções de qualquer natureza;

IX – elaborar planos de tratamento para serem executados por terceiros, inclusive na forma de perícia prévia;

X – prestar serviços odontológicos, contratar empresas ou profissionais ilegais ou irregulares perante o Conselho Regional de sua jurisdição;

XI – usar indiscriminadamente Raios X com finalidade, exclusivamente, administrativa em substituição à perícia/auditoria e aos serviços odontológicos;

XII – deixar de proceder a atualização contratual, cadastral e de responsabilidade técnica, bem como de manter-se regularizado com suas obrigações legais junto ao Conselho Regional de sua jurisdição; e,

XIII – constitui infração ética a participação de cirurgiões-dentistas como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores dos chamados cartões de descontos, assim como a comprovada associação ou referenciamento de cirurgiões-dentistas a qualquer empresa que faça publicidade de descontos sobre honorários odontológicos, planos de financiamento ou consórcio.

## Capítulo XII

### DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E DOS PROPRIETÁRIOS INSCRITOS

Art. 33. Ao responsável técnico cabe a fiscalização técnica e ética da instituição pública ou privada pela qual é responsável, devendo orientá-la, por escrito, inclusive sobre as técnicas de propaganda utilizadas.

§ 1.º É dever do responsável técnico, primar pela fiel aplicação deste Código na pessoa jurídica em que trabalha.

§ 2.º É dever do responsável técnico, informar ao Conselho Regional, imediatamente, por escrito, quando da constatação do cometimento de infração ética, acontecida na empresa em que exerça sua responsabilidade.

## Capítulo XIII

### DO MAGISTÉRIO

Art. 34. No exercício do magistério, o profissional inscrito exaltar os princípios éticos e promoverá a divulgação deste Código.

Art. 35. Constitui infração ética:

I – utilizar-se do paciente e/ou do aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa;

II – eximir-se de responsabilidade nos trabalhos executados em pacientes pelos alunos;

III – utilizar-se da influência do cargo para aliciamento e/ou encaminhamento de pacientes para clínica particular;

IV – participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos;

V – permitir a propaganda abusiva ou enganosa, de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização;

VI – aproveitar-se do aluno para obter vantagem física, emocional ou financeira;

VII – aliciar pacientes ou alunos, oferecendo vantagens, benefícios ou gratuidades, para cursos de aperfeiçoamento, atualização ou especialização;

VIII – utilizar-se de formulário de instituições de ensino para atestar ou prescrever fatos verificados em consultórios particulares; e,

IX – permitir a prática clínica em pacientes por acadêmicos de Odontologia fora das diretrizes e planos pedagógicos da instituição de ensino superior, ou de regular programa de estágio e extensão, respondendo pela violação deste inciso o professor e o coordenador da respectiva atividade.

## Capítulo XIV

### DA DOAÇÃO, DO TRANSPLANTE E DO BANCO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E BIOMATERIAIS

Art. 36. Todos os registros do banco de ossos e dentes e outros tecidos devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor.

Art. 37. Constitui infração ética:

I – descumprir a legislação referente ao banco de tecidos e dentes ou colaborar direta ou indiretamente com outros profissionais nesse descumprimento;

II – utilizar-se do nome de outro profissional para fins de retirada dos tecidos e dentes dos bancos relacionados;

III – deixar de esclarecer ao doador, ao receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos e tecidos; e,

IV – participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos.

## Capítulo XV

### DAS ENTIDADES DA CLASSE

Art. 38. Compete às entidades da classe, através de seu presidente, fazer as comunicações pertinentes que sejam de indiscutível interesse público.

Parágrafo único. Esta atribuição poderá ser delegada, sem prejuízo da responsabilidade solidária do titular.

Art. 39. Cabe ao presidente e ao infrator a responsabilidade pelas infrações éticas cometidas em nome da entidade.

Art. 40. Constitui infração ética:

I – servir-se da entidade para promoção própria, ou obtenção de vantagens pessoais;

II – prejudicar moral ou materialmente a entidade;

III – usar o nome da entidade para promoção de produtos comerciais sem que os mesmos tenham sido testados e comprovada sua eficácia na forma da Lei; e,

IV – desrespeitar entidade, injuriar ou difamar os seus diretores.

## Capítulo XVI

### DO ANÚNCIO, DA PROPAGANDA E DA PUBLICIDADE

Art. 41. A comunicação e a divulgação em Odontologia obedecerão ao disposto neste Código.

§ 1.º É vedado aos técnicos em prótese dentária, técnicos em saúde bucal, auxiliares de prótese dentária, bem como aos laboratórios de prótese dentária fazerem anúncios, propagandas ou publicidade dirigida ao público em geral.

§ 2.º Aos profissionais citados no § 1.º, com exceção do auxiliar em saúde bucal, serão permitidas propagandas em revistas, jornais ou folhetos especializados, desde que dirigidas aos cirurgiões-dentistas, e acompanhadas do nome do profissional ou do laboratório, do seu responsável técnico e do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia.

§ 3.º Nos laboratórios de prótese dentária deverá ser afixado, em local visível ao público em geral, informação fornecida pelo Conselho Regional de Odontologia da jurisdição sobre a restrição do atendimento direto ao paciente.

Art. 42. Os anúncios, a propaganda e a publicidade poderão ser feitos em qualquer meio de comunicação, desde que obedecidos os preceitos deste Código.

Art. 43. Na comunicação e divulgação é obrigatório constar o nome e o número de inscrição da pessoa física ou jurídica, bem como o nome representativo da profissão de cirurgião-dentista e também das demais profissões auxiliares regulamentadas. No caso de pessoas jurídicas, também o nome e o número de inscrição do responsável técnico.

§ 1.º Poderão ainda constar na comunicação e divulgação:

I – áreas de atuação, procedimentos e técnicas de tratamento, desde que precedidos do título da especialidade registrada no Conselho Regional ou qualificação profissional de clínico geral. Áreas de atuação são procedimentos pertinentes às especialidades reconhecidas pelo

Conselho Federal;

II – as especialidades nas quais o cirurgião-dentista esteja inscrito no Conselho Regional;

III – os títulos de formação acadêmica *stricto sensu* e do magistério relativos à profissão;

IV – endereço, telefone, fax, endereço eletrônico, horário de trabalho, convênios, credenciamentos, atendimento domiciliar e hospitalar;

V – logomarca e/ou logotipo; e,

VI – a expressão “clínico geral”, pelos profissionais que exerçam atividades pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso de graduação ou em cursos de pós-graduação.

§ 2.º No caso de pessoa jurídica, quando forem referidas ou ilustradas especialidades, deverão possuir, a seu serviço, profissional inscrito no Conselho Regional nas especialidades anunciadas, devendo, ainda, ser disponibilizada ao público a relação destes profissionais com suas qualificações, bem como os clínicos gerais com suas respectivas áreas de atuação, quando houver.

Art. 44. Constitui infração ética:

I – fazer publicidade e propaganda enganosa, abusiva, inclusive com expressões ou imagens de antes e depois, com preços, serviços gratuitos, modalidades de pagamento, ou outras formas que impliquem comercialização da Odontologia ou contrarie o disposto neste Código;

II – anunciar ou divulgar títulos, qualificações, especialidades que não possua, sem registro no Conselho Federal, ou que não sejam por ele reconhecidas;

III – anunciar ou divulgar técnicas, terapias de tratamento, área da atuação, que não estejam devidamente comprovadas cientificamente, assim como instalações e equipamentos que não tenham seu registro validado pelos órgãos competentes;

IV – criticar técnicas utilizadas por outros profissionais como sendo inadequadas ou ultrapassadas;

V – dar consulta, diagnóstico, prescrição de tratamento ou divulgar resultados clínicos por meio de qualquer veículo de comunicação de massa, bem como permitir que sua participação na divulgação de assuntos odontológicos deixe de ter caráter exclusivo de esclarecimento e educação da coletividade;

VI – divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente, a não ser com seu consentimento livre e esclarecido, ou de seu responsável legal, desde que não sejam para fins de auto-promoção ou benefício do profissional, ou da entidade prestadora de serviços odontológicos, observadas as demais previsões deste Código;

VII – aliciar pacientes, praticando ou permitindo a oferta de serviços através de informação ou anúncio falso, irregular, ilícito ou imoral, com o intuito de atrair clientela, ou outros atos que caracterizem concorrência desleal ou aviltamento da profissão, especialmente a utilização da expressão “popular”;

VIII – induzir a opinião pública a acreditar que exista reserva de atuação clínica em Odontologia;

IX – oferecer trabalho gratuito com intenção de autopromoção ou promover campanhas oferecendo trocas de favores;

X – anunciar serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza ou através de aquisição de outros bens pela utilização de serviços prestados;

XI – promover direta ou indiretamente por intermédio de publicidade ou propaganda a poluição do ambiente;

XII – expor ao público leigo artifícios de propaganda, com o intuito de granjear clientela, especialmente a utilização de imagens e/ou expressões antes, durante e depois, relativas a procedimentos odontológicos;

XIII – participar de programas de comercialização coletiva oferecendo serviços nos veículos de comunicação; e,

XIV – realizar a divulgação e oferecer serviços odontológicos com finalidade mercantil e de aliciamento de pacientes, através de cartão de descontos, caderno de descontos, mala direta via internet, sites promocionais ou de compras coletivas, telemarketing ativo à população em geral, *stands* promocionais, caixas de som portáteis ou em veículos automotores, plaqueteiros entre outros meios que caracterizem concorrência desleal e desvalorização da profissão.

Art. 45. Pela publicidade e propaganda em desacordo com as normas estabelecidas neste Código respondem solidariamente os proprietários, responsável técnico e demais profissionais que tenham concorrido na infração, na medida de sua culpabilidade.

Art. 46. Aplicam-se, também, as normas deste Capítulo a todos àqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, tais como: clínicas, policlínicas, operadoras de planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamentos ou quaisquer outras entidades.

## Seção I

### Da Entrevista

Art. 47. O profissional inscrito poderá utilizar-se de meios de comunicação para conceder entrevistas ou palestras públicas sobre assuntos odontológicos de sua atribuição, com finalidade de esclarecimento e educação no interesse da coletividade, sem que haja autopromoção ou sensacionalismo, preservando sempre o decoro da profissão, sendo vedado anunciar neste ato o seu endereço profissional, endereço eletrônico e telefone.

Art. 48. É vedado ao profissional inscrito:

I – realizar palestras em escolas, empresas ou quaisquer entidades que tenham como objetivo a divulgação de serviços profissionais e interesses particulares, diversos da orientação e educação social quanto aos assuntos odontológicos;

II – distribuir material publicitário e oferecer brindes, prêmios, benefícios ou vantagens ao público leigo, em palestras realizadas em

- escolas, empresas ou quaisquer entidades, com finalidade de angariar clientela ou aliciamento;
- III – realizar diagnóstico ou procedimentos odontológicos em escolas, empresas ou outras entidades, em decorrência da prática descrita nos termos desta seção; e,
- IV – aliciar pacientes, aproveitando-se do acesso às escolas, empresas e demais entidades.

## Seção II

### Da Publicação Científica

Art. 49. Constitui infração ética:

I – aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome na coautoria de obra científica;

II – apresentar como seu, no todo ou em parte, material didático ou obra científica de outrem, ainda que não publicada;

III – publicar, sem autorização por escrito, elemento que identifique o paciente preservando a sua privacidade;

IV – utilizar-se, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões coletadas em partes publicadas ou não de sua obra;

V – divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente;

VI – falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação; e,

VII – publicar pesquisa em animais e seres humanos sem submetê-la à avaliação prévia do comitê de ética e pesquisa em seres humanos e do comitê de ética e pesquisa em animais.

## Capítulo XVII

### DA PESQUISA CIENTÍFICA

Art. 50. Constitui infração ética:

I – desatender às normas do órgão competente e à legislação sobre pesquisa em saúde;

II – utilizar-se de animais de experimentação sem objetivos claros e honestos de enriquecer os horizontes do conhecimento odontológico e, conseqüentemente, de ampliar os benefícios à sociedade;

III – desrespeitar as limitações legais da profissão nos casos de experiência *in anima nobili*;

IV – infringir a legislação que regula a utilização do cadáver para estudo e/ou exercícios de técnicas cirúrgicas;

V – infringir a legislação que regula os transplantes de órgãos e tecidos *post mortem* e do “próprio corpo vivo”;

VI – realizar pesquisa em ser humano sem que este ou seu responsável, ou representante legal, tenha dado consentimento, livre e esclarecido, por escrito, sobre a natureza das conseqüências da pesquisa;

VII – usar, experimentalmente, sem autorização da autoridade competente, e sem o conhecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País;

VIII – manipular dados da pesquisa em benefício próprio ou de empresas e/ou instituições; e,

IX – sobrepor o interesse da ciência ao da pessoa humana.

## Capítulo XVIII

### DAS PENAS E SUAS APLICAÇÕES

Art. 51. Os preceitos deste Código são de observância obrigatória e sua violação sujeitará o infrator e quem, de qualquer modo, com ele concorrer para a infração, ainda que de forma indireta ou omissa, às seguintes penas previstas no artigo 18 da Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964:

I – advertência confidencial, em aviso reservado;

II – censura confidencial, em aviso reservado;

III – censura pública, em publicação oficial;

IV – suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e, V – cassação do exercício profissional *ad referendum* do Conselho Federal.

Art. 52. Salvo nos casos de manifesta gravidade e que exijam aplicação imediata de penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação do artigo anterior.

Parágrafo único. Avalia-se a gravidade pela extensão do dano e por suas conseqüências.

Art. 53. Considera-se de manifesta gravidade, principalmente:

I – imputar a alguém conduta antiética de que o saiba inocente, dando causa a instauração de processo ético;

II – acobertar ou ensinar o exercício ilegal ou irregular da profissão;

III – exercer, após ter sido alertado, atividade odontológica em pessoa jurídica, ilegal, inidônea ou irregular;

IV – ocupar cargo cujo profissional dele tenha sido afastado por motivo de movimento classista;

V – ultrapassar o estrito limite da competência legal de sua profissão;

VI – manter atividade profissional durante a vigência de penalidade suspensiva;

VII – veiculação de propaganda ilegal;

VIII – praticar infração ao Código de Ética no exercício da função de dirigente de entidade de classe odontológica;

IX – exercer ato privativo de profissional da Odontologia, sem estar para isso legalmente habilitado;

X – praticar ou ensejar atividade que não resguarde o decoro profissional;

XI – ofertar serviços odontológicos de forma abusiva, enganosa, imoral ou ilegal; e,

XII – ofertar serviços odontológicos em sites de compras coletivas ou similares.

Art. 54. A alegação de ignorância ou a má compreensão dos preceitos deste Código não exime de penalidade o infrator.

Art. 55. São circunstâncias que podem agravar a pena:

I – a reincidência;

II – a prática com dolo;

III – a inobservância das notificações expedidas pela fiscalização, o não comparecimento às solicitações ou intimações do Conselho Regional para esclarecimentos ou na instrução da ação ética disciplinar;

IV – qualquer forma de obstrução de processo;

V – o falso testemunho ou perjúrio;

VI – aproveitar-se da fragilidade do paciente; e,

VII – cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função.

Art. 56. São circunstâncias que podem atenuar a pena:

I – não ter sido antes condenado por infração ética;

II – ter reparado ou minorado o dano; e,

III – culpa concorrente da vítima.

Art. 57. Além das penas disciplinares previstas, também poderá ser aplicada pena pecuniária a ser fixada pelo Conselho Regional, arbitrada entre 1 (uma) e 25 (vinte e cinco) vezes o valor da anuidade.

§ 1.º O aumento da pena pecuniária deve ser proporcional à gravidade da infração.

§ 2.º Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.

## Capítulo XIX

### DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. O profissional condenado por infração ética à pena disciplinar combinada com multa pecuniária, também poderá ser objeto de reabilitação, na forma prevista no Código de Processo Ético Odontológico.

Art. 59. As alterações deste Código são da competência exclusiva do Conselho Federal, ouvidos os Conselhos Regionais.

Art. 60. Este Código entrará em vigor a partir de 1.º de janeiro de 2013.

---

# CÓDIGO DE ÉTICA FARMACÊUTICA

*Resolução n.º 417, de 29 de setembro de 2004*

**Ementa:** Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

O CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, no exercício das atribuições que lhe confere o artigo 6.º, alínea “g”, da Lei n.º 3.820, de 11 de novembro de 1960,

RESOLVE:

Art. 1.º Aprovar o CÓDIGO DE ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA, nos termos do Anexo desta Resolução, da qual faz parte.

Art. 2.º Esta Resolução entra em vigor na data da publicação, revogando-se as disposições em contrário e, em especial, os termos da Resolução n.º 290/96 do Conselho Federal de Farmácia.

## ANEXO

### CÓDIGO DE ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA

#### PREÂMBULO

O FARMACÊUTICO É UM PROFISSIONAL DA SAÚDE, CUMPRINDO-LHE EXECUTAR TODAS AS ATIVIDADES INERENTES AO ÂMBITO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO, DE MODO A CONTRIBUIR PARA A SALVAGUARDA DA SAÚDE PÚBLICA E, AINDA, TODAS AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO DIRIGIDAS À COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

#### TÍTULO I

##### DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

###### Capítulo I

##### DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1.º O exercício da profissão farmacêutica, como todo exercício profissional, tem uma dimensão ética que é regulada por este código e pelos diplomas legais em vigor, cuja transgressão resultará em sanções disciplinares por parte do Conselho Regional de Farmácia, após apuração pelas suas Comissões de Ética, independentemente das penalidades estabelecidas pelas leis do País.

Art. 2.º O farmacêutico atuará sempre com o maior respeito à vida humana, ao meio ambiente e à liberdade de consciência nas situações de conflito entre a ciência e os direitos fundamentais do homem.

Art. 3.º A dimensão ética da profissão farmacêutica é determinada, em todos os seus atos, pelo benefício ao ser humano, à coletividade e ao meio ambiente, sem qualquer discriminação.

Art. 4.º Os farmacêuticos respondem pelos atos que praticarem ou pelos que autorizarem no exercício da profissão.

Art. 5.º Para que possa exercer a profissão farmacêutica com honra e dignidade, o farmacêutico deve dispor de boas condições de trabalho e receber justa remuneração por seu desempenho.

Art. 6.º Cabe ao farmacêutico zelar pelo perfeito desempenho ético da Farmácia e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Art. 7.º O farmacêutico deve manter atualizados os seus conhecimentos técnicos e científicos para aperfeiçoar, de forma contínua, o desempenho de sua atividade profissional.

Art. 8.º A profissão farmacêutica, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, não pode ser exercida exclusivamente com objetivo comercial.

Art. 9.º Em seu trabalho, o farmacêutico não pode se deixar explorar por terceiros, seja com objetivo de lucro, seja com finalidade política ou religiosa.

Art. 10. O farmacêutico deve cumprir as disposições legais que disciplinam a prática profissional no País, sob pena de advertência.

## Capítulo II

### DOS DEVERES

Art. 11. O farmacêutico, durante o tempo em que permanecer inscrito em um Conselho Regional de Farmácia, independentemente de estar ou não no exercício efetivo da profissão, deve:

I – Comunicar às autoridades sanitárias e profissionais, com discricção e fundamento, fatos que caracterizem infringência a este Código e às normas que regulam o exercício das atividades farmacêuticas;

II – Disponer seus serviços profissionais às autoridades constituídas, se solicitado, em caso de conflito social interno, catástrofe ou epidemia, independentemente de haver ou não remuneração ou vantagem pessoal;

III – Exercer a assistência farmacêutica e fornecer informações ao usuário dos serviços;

IV – Respeitar o direito de decisão do usuário sobre sua própria saúde e bem-estar, excetuando-se o usuário que, mediante laudo médico ou determinação judicial, for considerado incapaz de discernir sobre opções de tratamento e/ou decidir sobre sua própria saúde e bem-estar;

V – Comunicar ao Conselho Regional de Farmácia e às autoridades sanitárias a recusa ou a demissão de cargo, função ou emprego, motivada pela necessidade de preservar os legítimos interesses da profissão, da sociedade ou da saúde pública;

VI – Guardar sigilo de fatos que tenha conhecimento no exercício da profissão, excetuando-se os de dever legal, amparados pela legislação vigente, os quais exijam comunicação, denúncia ou relato a quem de direito;

VII – Respeitar a vida humana, jamais cooperando com atos que intencionalmente atentem contra ela ou que coloquem em risco sua integridade física ou psíquica;

VIII – Assumir, com responsabilidade social, sanitária, política e educativa, sua função na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Farmácia;

IX – Contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva, principalmente no campo da prevenção, sobretudo quando, nessa área, desempenhar cargo ou função pública;

X – Adotar postura científica, perante as práticas terapêuticas alternativas, de modo que o usuário fique bem informado e possa melhor decidir sobre a sua saúde e bem-estar;

XI – Selecionar, nos limites da lei, os auxiliares para o exercício de sua atividade;

XII – Denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição, deterioração do meio ambiente ou riscos inerentes ao trabalho, prejudiciais à saúde e à vida;

XIII – Evitar que o acúmulo de encargos prejudique a qualidade da atividade farmacêutica prestada.

Art. 12. O farmacêutico deve comunicar ao Conselho Regional de Farmácia, por escrito, o afastamento de suas atividades profissionais das quais detém responsabilidade técnica, quando não houver outro farmacêutico que, legalmente, o substitua.

§ 1.º A comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o afastamento, quando este ocorrer por motivo de doença, acidente pessoal, óbito familiar, ou outro, a ser avaliado pelo CRF.

§ 2.º Quando o afastamento for motivado por doença, o farmacêutico ou seu procurador deverá apresentar à empresa ou instituição documento datado e assinado, justificando sua ausência, a ser comprovada por atestado, no prazo de 5 (cinco) dias.

§ 3.º Quando o afastamento ocorrer por motivo de férias, congressos, cursos de aperfeiçoamento, atividades administrativas ou outras atividades, a comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer com antecedência mínima de 1 (um) dia.

## Capítulo III

### DAS PROIBIÇÕES

Art. 13. É proibido ao farmacêutico:

I – Participar de qualquer tipo de experiência em ser humano, com fins bélicos, raciais ou eugênicos, pesquisa clínica ou em que se constate desrespeito a algum direito inalienável do ser humano;

II – Exercer simultaneamente a Medicina;

III – Praticar procedimento que não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Farmácia;

IV – Praticar ato profissional que cause dano físico, moral ou psicológico ao usuário do serviço, que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência;

V – Deixar de prestar assistência técnica efetiva ao estabelecimento com o qual mantém vínculo profissional, ou permitir a utilização do

seu nome por qualquer estabelecimento ou instituição onde não exerça pessoal e efetivamente sua função;

VI – Realizar, ou participar de atos fraudulentos relacionados à profissão farmacêutica, em todas as suas áreas de abrangência;

VII – Fornecer meio, instrumento, substância ou conhecimento para induzir a prática (ou dela participar) de eutanásia, de tortura, de toxicomania ou de qualquer outra forma de procedimento degradante, desumano ou cruel em relação ao ser humano;

VIII – Produzir, fornecer, dispensar, ou permitir que seja dispensado meio, instrumento, substância e/ou conhecimento, medicamento ou fórmula magistral, ou especialidade farmacêutica, fracionada ou não, que não contenha sua identificação clara e precisa sobre a(s) substância(s) ativa(s) contida(s), bem como suas respectivas quantidades, contrariando as normas legais e técnicas, excetuando-se a dispensação hospitalar interna, em que poderá haver a codificação do medicamento que for fracionado, sem, contudo, omitir o seu nome ou fórmula;

IX – Obstar, ou dificultar a ação fiscalizadora das autoridades sanitárias ou profissionais;

X – Aceitar remuneração abaixo do estabelecido como o piso salarial, mediante acordos ou dissídios da categoria;

XI – Declarar possuir títulos científicos ou especialização que não possa comprovar;

XII – Permitir interferência nos resultados apresentados como perito ou auditor;

XIII – Aceitar ser perito ou auditor quando houver envolvimento pessoal ou institucional;

XIV – Exercer a profissão farmacêutica quando estiver sob a sanção disciplinar de suspensão;

XV – Expor, dispensar, ou permitir que seja dispensado medicamento em contrariedade à legislação vigente;

XVI – Exercer a profissão em estabelecimento que não esteja devidamente registrado nos órgãos de fiscalização sanitária e do exercício profissional;

XVII – Aceitar a interferência de leigos em seus trabalhos e em suas decisões de natureza profissional;

XVIII – Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão farmacêutica;

XIX – Omitir-se e/ou acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Farmácia, ou com profissionais ou instituições farmacêuticas que pratiquem atos ilícitos;

XX – Assinar trabalhos realizados por outrem, alheio à sua execução, orientação, supervisão ou fiscalização, ou ainda assumir responsabilidade por ato farmacêutico que não praticou ou do qual não participou efetivamente;

XXI – Prevaler-se do cargo de chefia ou de empregador para desprestigiar a dignidade de subordinados;

XXII – Pleitear, de forma desleal, para si ou para outrem, emprego, cargo ou função que esteja sendo exercido por outro farmacêutico, bem como praticar atos de concorrência desleal;

XXIII – Fornecer, ou permitir que forneçam, medicamento ou fármaco para uso diverso da sua finalidade;

XXIV – Exercer a Farmácia em interação com outras profissões, concedendo vantagem, ou não, aos demais profissionais habilitados para direcionamento de usuário, visando ao interesse econômico e ferindo o direito do usuário de livremente escolher o serviço e o profissional;

XXV – Receber remuneração por serviços que não tenha efetivamente prestado;

XXVI – Exercer a fiscalização profissional e sanitária, quando for sócio ou acionista de qualquer categoria, ou interessado por qualquer forma, bem como prestar serviços a empresa ou estabelecimento que explore o comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, laboratórios, distribuidoras, indústrias, com ou sem vínculo empregatício.

Art. 14. Quando atuante no serviço público, é vedado ao farmacêutico:

I – Utilizar-se do serviço ou cargo público para executar trabalhos de empresa privada de sua propriedade ou de outrem, como forma de obter vantagens pessoais;

II – Cobrar ou receber remuneração do usuário do serviço;

III – Reduzir, irregularmente, quando em função de chefia, a remuneração devida a outro farmacêutico.

## Capítulo IV

### DA PUBLICIDADE E DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Art. 15. É vedado ao farmacêutico:

I – Divulgar assunto ou descoberta de conteúdo inverídico;

II – Publicar, em seu nome, trabalho científico do qual não tenha participado ou atribuir-se autoria exclusiva quando houver participação de subordinados ou outros profissionais, farmacêuticos ou não;

III – Promover publicidade enganosa ou abusiva da boa fé do usuário;

IV – Anunciar produtos farmacêuticos ou processos por meios capazes de induzir ao uso indiscriminado de medicamentos;

V – Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados ou informações, publicados ou não;

VI – Promover pesquisa na comunidade, sem o seu consentimento livre e esclarecido, e sem que o objetivo seja a proteção ou a promoção da saúde.

## Capítulo V

### DOS DIREITOS

Art. 16. São direitos do farmacêutico:

I – Exercer a profissão sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza;

II – Interagir com o profissional prescritor, quando necessário, para garantir a segurança e a eficácia da terapêutica farmacológica, com fundamento no uso racional de medicamentos;

III – Exigir dos demais profissionais de saúde o cumprimento da legislação sanitária vigente, em especial quanto à legibilidade da prescrição;

IV – Recusar-se a exercer a profissão em instituição pública ou privada, onde inexistam condições dignas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário, com direito a representação junto às autoridades sanitárias e profissionais, contra a instituição;

V – Opor-se a exercer a profissão, ou suspender a sua atividade, individual ou coletivamente, em instituição pública ou privada, onde inexistam remuneração ou condições dignas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário, ressalvadas as situações de urgência ou de emergência, devendo comunicá-las imediatamente ao Conselho Regional de Farmácia e às autoridades sanitárias e profissionais;

VI – Negar-se a realizar atos farmacêuticos que, embora autorizados por lei, sejam contrários aos ditames da ciência e da técnica, comunicando o fato, quando for o caso, ao usuário, a outros profissionais envolvidos ou ao respectivo Conselho Regional de Farmácia.

## TÍTULO II

### DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

Art. 17. O farmacêutico, perante seus colegas e demais profissionais da equipe de saúde, deve comprometer-se a:

I – Obter e conservar alto nível ético em seu meio profissional e manter relações cordiais com a sua equipe de trabalho, prestando-lhe apoio, assistência e solidariedade moral e profissional;

II – Adotar critério justo nas suas atividades e nos pronunciamentos sobre serviços e funções confiados anteriormente a outro farmacêutico;

III – Prestar colaboração aos colegas que dela necessitem, assegurando-lhes consideração, apoio e solidariedade que reflitam a harmonia e o prestígio da categoria;

IV – Prestigiar iniciativas dos interesses da categoria;

V – Empenhar-se em elevar e firmar seu próprio conceito, procurando manter a confiança dos membros da equipe de trabalho e do público em geral;

VI – Limitar-se às suas atribuições no trabalho, mantendo relacionamento harmonioso com outros profissionais, no sentido de garantir unidade de ação na realização de atividades a que se propõe em benefício individual e coletivo;

VII – Denunciar, a quem de direito, atos que contrariem os postulados éticos da profissão.

## TÍTULO III

### DAS RELAÇÕES COM OS CONSELHOS

Art. 18. Na relação com os Conselhos, obriga-se o farmacêutico a:

I – Acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções do Conselho Federal e os Acórdãos e Deliberações dos Conselhos Regionais de Farmácia;

II – Prestar, com fidelidade, informações que lhe forem solicitadas a respeito de seu exercício profissional;

III – Comunicar ao Conselho Regional de Farmácia em que estiver inscrito, toda e qualquer conduta ilegal ou antiética que observar na prática profissional;

IV – Atender convocação, intimação, notificação ou requisição administrativa no prazo determinado, feita pelos Conselhos Regionais de Farmácia, a não ser por motivo de força maior, comprovadamente justificado.

Art. 19. O farmacêutico, no exercício profissional, fica obrigado a informar, por escrito, ao respectivo Conselho Regional de Farmácia (CRF) todos os seus vínculos, com dados completos da empresa (razão social, Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ, endereço, horário de funcionamento e de Responsabilidade Técnica – RT), mantendo atualizado o seu endereço residencial e os horários de responsabilidade técnica ou de substituição.

## TÍTULO IV

### DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES DISCIPLINARES

Art. 20. As sanções disciplinares consistem em:

I – De advertência ou censura;

- II – De multa de (um) salário mínimo a 3 (três) salários mínimos regionais;
- III – De suspensão de 3 (três) meses a um ano;
- IV – De eliminação.

## **TÍTULO V**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 21. As normas deste Código aplicam-se aos farmacêuticos, em qualquer cargo ou função, independentemente do estabelecimento ou instituição onde estejam prestando serviço.

Art. 22. A verificação do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição do Conselho Federal de Farmácia, dos Conselhos Regionais de Farmácia e suas Comissões de Ética, das autoridades da área de saúde, dos farmacêuticos e da sociedade em geral.

Art. 23. A apuração das infrações éticas compete ao Conselho Regional de Farmácia em que o profissional está inscrito ao tempo do fato punível em que incorreu, por meio de sua Comissão de Ética.

Art. 24. O farmacêutico portador de doença que o incapacite para o exercício da farmácia, apurada pelo Conselho Regional de Farmácia em procedimento administrativo com perícia médica, terá suas atividades profissionais suspensas enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 25. O profissional condenado por sentença criminal, definitivamente transitada em julgado, por crime praticado no uso do exercício da profissão, ficará suspenso da atividade enquanto durar a execução da pena.

Art. 26. Prescreve em 24 (vinte e quatro) meses a constatação fiscal de ausência do farmacêutico no estabelecimento, através de auto de infração ou termo de visita, para efeito de instauração de processo ético.

Art. 27. Aplica-se o Código de Ética a todos os inscritos no Conselho Regional de Farmácia.

Art. 28. O Conselho Federal de Farmácia, ouvidos os Conselhos Regionais de Farmácia e a categoria farmacêutica, promoverá a revisão e a atualização deste Código, quando necessário.

Art. 29. As condições omissas neste Código serão decididas pelo Conselho Federal de Farmácia.

JALDO DE SOUZA SANTOS

Presidente – CFF

*(DOU 17.11.2004 – Seção 1, p. 306-307, e Republicada no  
DOU 09.05.2005 – Seção 1, p. 189-190)*

# CÓDIGO DE ÉTICA DO MÉDICO VETERINÁRIO

*Resolução n.º 722, de 16 de agosto de 2002  
Aprova o Código de Ética do Médico Veterinário.*

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA – CFMV, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 16, alínea “f” e “j”, da Lei n.º 5.517, de 23 de outubro de 1968.

Considerando que a Medicina Veterinária, conceituada como atividade imprescindível ao progresso econômico, à proteção da saúde, meio ambiente e ao bem-estar dos brasileiros, requer dos que a exercem aprimoramento profissional e obediência aos princípios da sã moral; e considerando que os médicos veterinários, voluntariamente, por convicção, por inspiração cívica, tendo em vista o prestígio da classe e o progresso nacional, resolveram se submeter a instrumento normativo capaz de mantê-los em uniformidade de comportamento, baseado em conduta profissional exemplar,

RESOLVE:

Art. 1.º Aprovar o Código de Ética do Médico Veterinário constante do anexo I desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no DOU, revogadas as disposições em contrário, especificamente a Resolução n.º 322, de 15 de janeiro de 1981.

Méd.Vet. Benedito Fortes de Arruda  
Presidente  
CRMV/GO n.º 0272

Méd.Vet. José Euclides Vieira Severo  
Secretário-Geral  
CRMV/RS n.º 1622

Publicada no *DOU* de 16.12.2002, Seção 1, p. 162-164.

## ANEXO I

### CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO MÉDICO VETERINÁRIO

#### JURAMENTO DO MÉDICO VETERINÁRIO:

Sob a proteção de Deus, PROMETO que, no exercício da Medicina Veterinária, cumprirei os dispositivos legais e normativos, com especial respeito ao Código de Ética da profissão, sempre buscando uma harmonização entre ciência e arte e aplicando os meus conhecimentos para o desenvolvimento científico e tecnológico em benefício da sanidade e do bem-estar dos animais, da qualidade dos seus produtos e da prevenção de zoonoses, tendo como compromissos a promoção do desenvolvimento sustentado, a preservação da biodiversidade, a melhoria da qualidade de vida e o progresso justo e equilibrado da sociedade humana. E prometo tudo isso fazer, com o máximo respeito à ordem pública e aos bons costumes. Assim o prometo.<sup>1</sup>

## PREÂMBULO

1 – O homem é livre para decidir sua forma de atuar a partir do conhecimento de seu ser, das relações interpessoais, com a sociedade e com a natureza.

2 – A Medicina Veterinária é uma ciência a serviço da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

3 – O Código de Ética do Médico Veterinário regula os direitos e deveres do profissional em relação a comunidade, ao cliente, ao paciente e a outros profissionais.

4 – Os médicos veterinários no exercício da profissão, independentemente do cargo ou função que exerçam sujeitam-se às normas deste código.

5 – Para o exercício da Medicina Veterinária com dignidade e consciência, o médico veterinário deve observar as normas de ética profissional previstas neste código, na legislação vigente, e pautar seus atos por princípios morais de modo a se fazer respeitar, preservando o prestígio e as nobres tradições da profissão.

6 – A fiscalização do cumprimento das normas éticas estabelecidas neste código é da competência dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária.

## Capítulo I

### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1.º Exercer a profissão com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade.

Art. 2.º Denunciar às autoridades competentes qualquer forma de agressão aos animais e ao seu ambiente.

Art. 3.º Empenhar-se para melhorar as condições de saúde animal e humana e os padrões de serviços médicos veterinários.

Art. 4.º No exercício profissional, usar procedimentos humanitários para evitar sofrimento e dor ao animal.

Art. 5.º Defender a dignidade profissional, quer seja por remuneração condigna, por respeito à legislação vigente ou por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina Veterinária em relação ao seu aprimoramento científico.

## Capítulo II

### DOS DEVERES PROFISSIONAIS

Art. 6.º São deveres do médico veterinário:

I – aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício dos animais e do homem;

II – exercer a profissão evitando qualquer forma de mercantilismo;

III – combater o exercício ilegal da Medicina Veterinária denunciando toda violação às funções específicas que ela compreende, de acordo com o art. 5.º da Lei n.º 5517/68;

IV – assegurar, quando investido em função de direção, as condições para o desempenho profissional do médico veterinário;

V – relacionar-se com os demais profissionais, valorizando o respeito mútuo e a independência profissional de cada um, buscando sempre o bem-estar social da comunidade.

VI – exercer somente atividades que estejam no âmbito de seu conhecimento profissional;

VII – fornecer informações de interesse da saúde pública e de ordem econômica às autoridades competentes nos casos de enfermidades de notificação obrigatória;

VIII – denunciar pesquisas, testes, práticas de ensino ou quaisquer outras realizadas com animais sem a observância dos preceitos éticos e dos procedimentos adequados;

IX – não se utilizar de dados estatísticos falsos nem deturpar sua interpretação científica;

X – informar a abrangência, limites e riscos de suas prescrições e ações profissionais;

XI – manter-se regularizado com suas obrigações legais junto ao seu CRMV;

XII – facilitar a participação dos profissionais da Medicina Veterinária nas atividades dos órgãos de classe;

XIII – realizar a eutanásia nos casos devidamente justificados, observando princípios básicos de saúde pública, legislação de proteção aos animais e normas do CFMV;

XIV – não se apropriar de bens, móvel ou imóvel, público ou privado de que tenha posse, em razão de cargo ou função, ou desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

XV – comunicar ao conselho regional, com discricção e de forma fundamentada, qualquer fato de que tenha conhecimento, o qual possa caracterizar infração ao presente código e às demais normas e leis que regem o exercício da Medicina Veterinária.

## Capítulo III

### DOS DIREITOS DO MÉDICO VETERINÁRIO

Art. 7.º Exercer a Medicina Veterinária sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

Art. 8.º Apontar falhas nos regulamentos, procedimentos e normas das instituições em que trabalhe, comunicando o fato aos órgãos competentes, e ao CRMV de sua jurisdição.

Art. 9.º Receber desagravo público, quando solicitar ao CRMV, se ofendido no exercício de sua profissão.

Art. 10. Prescrever, tratamento que considere mais indicado, bem como utilizar os recursos humanos e materiais que julgar necessários ao desempenho de suas atividades.

Art. 11. Escolher livremente seus clientes ou pacientes, com exceção dos seguintes casos:

I – quando não houver outro médico veterinário na localidade onde exerça sua atividade;

II – quando outro colega requisitar espontaneamente sua colaboração;

III – nos casos de extrema urgência ou de perigo imediato para a vida do animal ou do homem.

Art. 12. No caso de haver cumprido fielmente suas obrigações com pontualidade e dedicação e não houver recebido do cliente um tratamento correspondente ao seu desempenho, o médico veterinário poderá retirar sua assistência voluntariamente, observando o disposto no art. 11 deste código.

## Capítulo IV

### DO COMPORTAMENTO PROFISSIONAL

Art. 13. É vedado ao médico veterinário:

I – prescrever medicamentos sem registro no órgão competente, salvo quando se tratar de manipulação;

II – afastar-se de suas atividades profissionais sem deixar outro colega para substituí-lo em atividades essenciais e/ou exclusivas que exijam a presença do médico veterinário, as quais causem riscos diretos ou indiretos à saúde animal ou humana;

III – receitar, ou atestar de forma ilegível ou assinar sem preenchimento prévio receituário, laudos, atestados, certificados, guias de trânsito e outros;

IV – deixar de comunicar aos seus auxiliares as condições de trabalho que possam colocar em risco sua saúde ou sua integridade física, bem como deixar de esclarecer os procedimentos adequados para evitar tais riscos;

V – praticar no exercício da profissão, ou em nome dela, atos que a lei defina como crime ou contravenção;

VI – quando integrante de banca examinadora, usar de má-fé ou concordar em praticar qualquer ato que possa resultar em prejuízo dos candidatos;

VII – fornecer a leigo informações, métodos ou meios, instrumentos ou técnicas privativas de sua competência profissional;

VIII – divulgar informações sobre assuntos profissionais de forma sensacionalista, promocional, de conteúdo inverídico, ou sem comprovação científica;

IX – deixar de elaborar prontuário e relatório médico veterinário para casos individuais e de rebanho, respectivamente;

X – permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de hospital, clínica, unidade sanitária, ambulatório, escola, curso, empresa ou estabelecimento congênere sem nele exercer função profissional;

XI – deixar de fornecer ao cliente, quando solicitado, laudo médico veterinário, relatório, prontuário, atestado, certificado, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão;

XII – praticar qualquer ato que possa influenciar desfavoravelmente sobre a vontade do cliente e que venha a contribuir para o desprestígio da profissão;

XIII – receber ou pagar remuneração, comissão ou corretagem visando angariar clientes;

XIV – usar título que não possua ou que lhe seja conferido por instituição não reconhecida oficialmente ou anunciar especialidade para a qual não esteja habilitado;

XV – receitar sem prévio exame clínico do paciente;

XVI – alterar prescrição ou tratamento determinado por outro médico veterinário, salvo em situação de indispensável conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico veterinário desse paciente;

XVII – deixar de encaminhar de volta ao médico veterinário o paciente que lhe for enviado para procedimento especializado, e/ou não fornecer as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo mesmo;

XVIII – deixar de informar ao médico veterinário que o substitui nos casos de gravidade manifesta, o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade;

XIX – atender, clínica e/ou cirurgicamente, ou receitar, em estabelecimento comercial;

XX – prescrever ou executar qualquer ato que tenha a finalidade de favorecer transações desonestas ou fraudulentas;

XXI – praticar ou permitir que se pratiquem atos de crueldade para com os animais nas atividades de produção, de pesquisa, esportivas, culturais, artísticas, ou de qualquer outra natureza;

XXII – realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, impondo-lhe sofrimento adicionais, exceto nos casos em que o projeto de pesquisa tenha sido submetido e aprovado por Comitê de Ética;

XXIII – Prescrever ou administrar aos animais:

- a) drogas que sejam proibidas por lei;
- b) drogas que possam causar danos à saúde animal ou humana;
- c) drogas que tenham o objetivo de aumentar ou de diminuir a capacidade física dos animais.

XXIV – desviar para clínica particular cliente que tenha sido atendido em função assistencial ou em caráter gratuito;

XXV – opinar, sem solicitação das partes interessadas, a respeito de animal que esteja sendo comercializado;

XXVI – criticar trabalhos profissionais ou serviços de colegas;

XXVII – fornecer atestados ou laudos de qualidade de medicamentos, alimentos e de outros produtos, sem comprovação científica;

XXVIII – permitir a interferência de pessoas leigas em seus trabalhos e julgamentos profissionais.

## Capítulo V

### DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Art. 14. O médico veterinário será responsabilizado pelos atos que, no exercício da profissão, praticar com dolo ou culpa, respondendo civil e penalmente pelas infrações éticas e ações que venham a causar dano ao paciente ou ao cliente e, principalmente:

I – praticar atos profissionais que caracterizem a imperícia, a imprudência ou a negligência;

II – delegar a outros, sem o devido acompanhamento, atos ou atribuições privativas da profissão de médico veterinário;

III – atribuir seus erros a terceiros e a circunstâncias ocasionais que possam ser evitadas;

IV – deixar de esclarecer ao cliente sobre as consequências socioeconômicas, ambientais e de saúde pública provenientes das enfermidades de seus pacientes;

V – deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária e de atender às suas requisições administrativas e intimações dentro do prazo determinado;

VI – praticar qualquer ato profissional sem consentimento formal do cliente, salvo em caso de iminente risco de morte ou de incapacidade permanente do paciente;

VII – praticar qualquer ato que evidencie inépcia profissional, levando ao erro médico veterinário;

VIII – isentar-se de responsabilidade por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe, mesmo que solicitado pelo cliente.

## Capítulo VI

### DA RELAÇÃO COM OS COLEGAS

Art. 15. É vedado ao médico veterinário:

I – aceitar emprego deixado por colega que tenha sido exonerado por defender a ética profissional;

II – a convivência com o erro ou qualquer conduta antiética em razão da consideração, solidariedade, apreço, parentesco ou amizade;

III – utilizar posição hierárquica superior para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos;

IV – participar de banca examinadora estando impedido de fazê-lo;

V – negar sem justificativa sua colaboração profissional a colega que dela necessite;

VI – atrair para si, por qualquer modo, cliente de outro colega, ou praticar quaisquer atos de concorrência desleal;

VII – agir de má fé no pleito de um emprego ou pleitear por si emprego, cargo ou função que esteja sendo exercido por outro colega;

VIII – fazer comentários desabonadores e/ou desnecessários sobre a conduta profissional ou pessoal de colega ou de outro profissional.

## Capítulo VII

### DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 16. Tomando por objetivo a preservação do sigilo profissional o médico veterinário não poderá:

I – fazer referências a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou suas fotografias em anúncios profissionais ou na divulgação, de assuntos profissionais em programas de rádio, televisão, cinema, na Internet, em artigos, entrevistas, ou reportagens em jornais revistas e outras publicações leigas, ou em quaisquer outros meios de comunicação existentes e que venham a existir, sem autorização expressa do cliente;

II – prestar a empresas ou seguradoras qualquer informação técnica sobre paciente ou cliente sem expressa autorização do responsável legal, exceto nos casos de ato praticado com dolo ou má fé por uma das partes ou quando houver risco à saúde pública, ao meio ambiente ou por força judicial;

III – permitir o uso do cadastro de seus clientes sem autorização dos mesmos;

IV – facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, relatórios e demais documentos sujeitos ao sigilo profissional;

V – revelar fatos que prejudiquem pessoas ou entidades sempre que o conhecimento dos mesmos advinha do exercício de sua profissão, ressalvados aqueles que interessam ao bem comum, à saúde pública, ao meio ambiente ou que decorram de determinação judicial.

## Capítulo VIII

### DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Art. 17. Os honorários profissionais devem ser fixados, atendidos os seguintes requisitos:

- I – o trabalho e o tempo necessários para realizar o procedimento;
- II – a complexidade da atuação profissional;
- III – o local da prestação dos serviços;
- IV – a qualificação e o renome do profissional que o executa;
- V – a condição sócio econômica do cliente.

Art. 18. Constitui falta de ética a contratação de serviços profissionais de colegas, sem observar os honorários referenciais.

Art. 19. O médico veterinário deve acordar previamente com o cliente o custo provável dos procedimentos propostos e, se possível, por escrito.

Art. 20. O médico veterinário não pode oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

Art. 21. Ao médico veterinário não é permitida a prestação de serviços gratuitos ou por preços abaixo dos usualmente praticados, exceto em caso de pesquisa, ensino ou de utilidade pública.

Parágrafo único. Casos excepcionais ao caput deste artigo deverão ser comunicados ao CRMV da jurisdição competente.

Art. 22. É vedado ao médico veterinário permitir que seus serviços sejam divulgados como gratuitos.

Art. 23. É vedado ao médico veterinário, quando em função de direção, chefia ou outro, reduzir ou reter remuneração devida a outro médico veterinário.

Parágrafo único. É vedada também a utilização de descontos salariais ou de qualquer outra natureza, exceto quando autorizado.

## Capítulo IX

### DA RELAÇÃO COM O CIDADÃO CONSUMIDOR DE SEUS SERVIÇOS

Art. 24. O médico veterinário deve:

- I – conhecer as normas que regulamentam a sua atividade;
- II – cumprir contratos acordados, questionando-se e revisando-os quando estes se tornarem lesivos a um dos interessados;
- III – oferecer produtos e serviços que indiquem o grau de nocividade ou periculosidade definido por instituições reconhecidas publicamente, evitando assim dano à saúde animal e humana, ao meio ambiente e à segurança do cidadão;
- IV – prestar seus serviços sem condicioná-los ao fornecimento de produtos ou serviço, exceto quando estritamente necessário para que a ação se complete;
- V – agir sem se beneficiar da fraqueza, ignorância, saúde, idade ou condição social do consumidor para impor-lhe produto ou diferenciar a qualidade de serviços.

## Capítulo X

### DAS RELAÇÕES COM O ANIMAL E O MEIO AMBIENTE

Art. 25. O médico veterinário deve:

- I – conhecer a legislação de proteção aos animais, de preservação dos recursos naturais e do desenvolvimento sustentável, da biodiversidade e da melhoria da qualidade de vida;
- II – respeitar as necessidades fisiológicas, etológicas e ecológicas dos animais, não atentando contra suas funções vitais e impedindo que outros o façam;
- III – evitar agressão ao ambiente por meio de resíduos resultantes da exploração e da indústria animal que possam colocar em risco a saúde do animal e do homem;
- IV – usar os animais em práticas de ensino e experimentação científica, somente em casos justificáveis, que possam resultar em benefício da qualidade do ensino, da vida do animal e do homem, e apenas quando não houver alternativas cientificamente validadas.

## Capítulo XI

### DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Art. 26. São deveres do Responsável Técnico (RT):

I – comparecer e responder às convocações oficiais dos órgãos públicos fiscalizadores de atuação da empresa na qual exerce as suas funções, bem como acatar as decisões oriundas dos mesmos;

II – responder, integralmente e na data aprazada, os relatórios de RT solicitados pelo CRMV/CFMV;

III – elaborar minucioso laudo informativo ao CRMV/CFMV em caráter sigiloso, toda vez que o estabelecimento se negar e/ou dificultar a ação da fiscalização oficial ou da sua atuação profissional, acarretando com isso possíveis danos à qualidade dos produtos e serviços prestados.

Art. 27. É vedado ao médico veterinário que assuma RT exercê-la nos estabelecimentos de qualquer espécie, sujeitos à fiscalização e/ou inspeção de órgão público oficial, no qual exerça cargo, emprego ou função, com atribuições de fiscalização e/ou inspeção.

## Capítulo XII

### DAS RELAÇÕES COM A JUSTIÇA

Art. 28. O médico veterinário na função de perito deve guardar segredo profissional, sendo-lhe vedado:

I – deixar de atuar com absoluta isenção, quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições;

II – ser perito de cliente, familiar ou de qualquer pessoa cujas relações influam em seu trabalho;

III – intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico veterinário, ou fazer qualquer apreciação em presença do interessado, devendo restringir suas observações ao relatório.

## Capítulo XIII

### DA PUBLICIDADE E DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Art. 29. O médico veterinário não pode publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado, e tampouco atribuir a si autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou por outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 30. Não é lícito utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicadas sem fazer referência ao autor ou sem a sua autorização expressa.

Art. 31. As discordâncias em relação às opiniões ou trabalhos não devem ter cunho pessoal, devendo a crítica ser dirigida apenas à matéria.

Art. 32. Falta com a ética o médico veterinário que divulga, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 33. Comete falta ética o médico veterinário que participar da divulgação, em qualquer veículo de comunicação de massa, de assuntos que afetem a dignidade da profissão.

Art. 34. A propaganda pessoal, os receituários e a divulgação de serviços profissionais devem ser em termos elevados e discretos.

Art. 35. As placas indicativas de estabelecimentos médicos veterinários, os anúncios e impressos devem conter dizeres compatíveis com os princípios éticos, não implicando jamais em autopromoção, restringindo-se a:

I – nome do profissional, profissão e número de inscrição do CRMV;

II – especialidades comprovadas;

III – título de formação acadêmica mais relevante;

IV – endereço, telefone, horário de trabalho, convênios e credenciamentos;

V – serviços oferecidos.

Art. 36. Não é permitida a divulgação, em veículos de comunicação de massa, de tabelas de honorários ou descontos que infrinjam os valores referenciais regionais.

## Capítulo XIV

### DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 37. A gravidade da infração será caracterizada através da análise dos fatos, das causas do dano e suas consequências.

Art. 38. Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I – a maior ou menor gravidade da infração;

II – as circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III – o dano causado e suas consequências;

IV – os antecedentes do infrator.

Art. 39. Na aplicação de sanções disciplinares, serão consideradas agravantes as seguintes circunstâncias:

I – a reincidência;

II – a prática com dolo;

III – o não comparecimento às solicitações ou intimações do CRMV/CFMV para esclarecimento ou instrução de processo ético-profissional;

IV – qualquer forma de obstrução de processo;

V – o falso testemunho ou perjúrio;

VI – aproveitar-se da fragilidade do cliente;

VII – cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função;

VIII – imputar a terceiros de boa fé a culpa pelo ocorrido.

§ 1.º Será considerado reincidente todo profissional que após o trânsito em julgado da penalidade imposta administrativamente cometer nova infração ética no período de 5 anos.

§ 2.º A reincidência, em quaisquer das graduações previstas no art. 41, independentemente do artigo infringido determinará o enquadramento na graduação imediatamente superior.<sup>2</sup>

§ 3.º Constitui exceção a graduação máxima para a qual será necessário que haja infração em pelo menos um artigo contido nessa classificação.

Art. 40. Na aplicação das sanções disciplinares, serão consideradas atenuantes as seguintes circunstâncias:

I – falta cometida na defesa de prerrogativa profissional;

II – ausência de punição disciplinar anterior;

III – a prestação de serviços à causa pública;

IV – o exercício efetivo do mandato ou cargo em qualquer órgão de classe médico veterinário;

V – títulos de honra ao mérito veterinário;

VI – ter contribuído para a elucidação do fato imputado.

## Capítulo XV

### DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 41. O caráter das infrações éticas se classificará conforme a seguinte graduação:

I – levíssimas;

II – leves;

III – sérias;

IV – graves;

V – gravíssimas.

Art. 42. REVOGADO.<sup>3</sup>

Art. 43. As infrações levíssimas compreendem o que está estabelecido nos incisos I, IV, V, X, XI, XII e XV do art. 6.º; incisos XI, XII, XXV do art. 13; incisos I e IV do art. 14; incisos I, II e V do art. 15; incisos I, III e IV do art. 16; art. 19; art. 20, art. 22; parágrafo único do art. 23; incisos I, II, IV e V do art. 24; incisos I, II e III do art. 25; inciso II do art. 28; art. 31; art. 34; art. 35 e art. 36.

Art. 44. As infrações leves compreendem o que está estabelecido nos incisos I a XV do art. 6.º; incisos I a XXVIII do art. 13; incisos I a VIII do art. 14; incisos I a VIII do art. 15; incisos I a V do art. 16; incisos I a V do art. 17; art. 18 a 23 e seu parágrafo único; incisos I a V do art. 24; incisos I a IV do art. 25; incisos I a III do art. 26; art. 27; incisos I a III do art. 28; art. 30 a 36.

Art. 45. As infrações sérias compreendem o que está estabelecido nos incisos II a XIV do art. 6.º; incisos I a XXVIII do art. 13; incisos I a VIII do art. 14; incisos I a VIII do art. 15; incisos I a V do art. 16; incisos I a V do art. 17; art. 18 a 22; art. 23 e seu parágrafo único; incisos I a V do art. 24; incisos I a IV do art. 25; incisos I a III do art. 26; art. 27; incisos I a III do art. 28; art. 29 a 34; incisos I a V do art. 35 e art. 36.

Art. 46. As infrações graves compreendem o que está estabelecido nos incisos II, III, VI, VII, VIII, XI, XIII e XIV do art. 6.º; incisos I a X e XX do art. 13; incisos I a VIII do art. 14; incisos III e IV e VI a VIII do art. 15; incisos I, II, IV e V do art. 16; art. 18; art. 20; art. 21; art. 23; inciso III do art. 24; incisos II a IV do art. 25; incisos I a III do art. 26; art. 27; incisos I e III do art. 28; art. 29; art. 30; art. 32 e art. 33.<sup>4</sup>

Art. 47. As infrações gravíssimas compreendem o que está estabelecido nos incisos II e XIV do art. 6.º; incisos X e XX do art. 13; incisos I, IV, VI e VII do art. 14 e art. 29.

Art. 48. A classificação das infrações indicada no art. 41 mantém uma correspondência direta com a graduação das penas previstas no art. 33 da Lei n.º 5.517/68.

## Capítulo XVI

### DA OBSERVÂNCIA E APLICAÇÃO DO CÓDIGO

Art. 49. Os infratores do presente Código serão julgados pelos CRMVs, que funcionarão como Tribunal de Honra, e as penalidades serão as capituladas no art. 33 da Lei n.º 5.517, de 23 de outubro de 1968, combinadas com art. 34 do Decreto n.º 64.704, de 17 de junho de 1969 cabendo, em caso de imposição de qualquer penalidade, recursos ao CFMV, na forma do § 4.º do artigo e decreto supracitados.

Art. 50. As dúvidas, omissões, revisões e atualizações deste Código serão sanadas pelo CFMV.

## Capítulo XVII

### DA VIGÊNCIA

Art. 51. O presente Código de Ética Profissional do Médico Veterinário, elaborado pelo CFMV, nos termos do art. 16, letra “j” da Lei n.º 5.517, de 23 de outubro de 1968, entrará em vigor em todo o território nacional na data de sua publicação no DOU, cabendo aos CRMVs a sua mais ampla divulgação.<sup>5</sup>

### QUADRO I

<b>Classificação</b>	<b>Artigos</b>
LEVISSÍMAS Advertência Confidencial	Art. 6.º, incisos I, IV, V, X, XI, XII e XV Art. 13, Incisos XI, XII, XXV Art.14, incisos I e IV Art.15, incisos I, II e V Art.16, incisos I, III e IV Art. 19, art. 20, art. 22 Parágrafo único do art. 23 Art. 24, incisos I, II, IV e V Art. 25, incisos I, II e III Art. 28, inciso II Art. 31 e arts. 34 a 36
LEVES Censura Confidencial	Art. 6º incisos I a XV Art. 13 incisos I a XXVIII Art. 14 incisos I a VIII Art. 15 incisos I a VIII Art. 16 incisos I a V Art. 17 incisos I a V Art. 18 a 23 Parágrafo único do Art. 23 Art. 24 incisos I a V Art. 25 incisos I a IV Art. 26 incisos I a III Art. 27 Art. 28 incisos I a III Art. 30 a 36
SÉRIAS Censura Pública	Art. 6.º, incisos II a XIV Art. 13, incisos I a XXVIII Art. 14, incisos I a VIII Art. 15, incisos I a VIII Art. 16, incisos I a V Art. 17, incisos I a V Arts. 18 a 23 Parágrafo único do art. 23 Art. 24, incisos I a V Art. 25, incisos I a IV Art. 26, incisos I a III Art. 27 Art. 28, incisos I a III Arts. 29 a 34 Art. 35, incisos I a V Art. 36

GRAVES Suspensão do exercício profissional

Art. 6.º, incisos II, III, VI, VII, VIII, XI, XIII e XIV  
Art. 13, incisos I a X e XX  
Art. 14, incisos I a VIII  
Art. 15, incisos III, IV e VI a VIII  
Art. 16, incisos I, II, IV e V  
Art. 18, art. 20, art. 21, art. 23  
Art. 24, inciso III  
Art. 25, incisos II a IV  
Art. 26 incisos I a III  
Art. 27  
Art. 28, incisos I e III  
Art. 29, art. 30, art. 32, art. 33.

GRAVÍSSIMAS Cassação do exercício profissional

Art. 6.º, incisos II e XIV  
Art. 13, incisos X e XX  
Art. 14, incisos I, IV, VI e VII  
Art. 29

- 
- <sup>1</sup> A redação do Juramento do Médico Veterinário está de acordo com a alteração feita pelo art. 1.º da Resolução n.º 859, de 16.05.2007, publicada no *DOU* de 08.10.2007, Seção I, p. 82.
- <sup>2</sup> O § 2.º do art. 39 está com a redação dada pela Resolução n.º 853, de 30.03.2007, publicada no *DOU* de 14.05.2007, Seção 1, p. 205.
- <sup>3</sup> O art. 42 foi revogado pela Resolução n.º 853, de 30.03.2007, publicada no *DOU* de 14.05.2007, Seção 1, p. 205.
- <sup>4</sup> O art. 46 está de acordo com a retificação publicada no *DOU* de 1M0-2004, Seção 1, p. 98.
- <sup>5</sup> O art. 51 está de acordo com a retificação publicada no *DOU* de 19.12.2007, Seção 1, p. 79.

---

# CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

## **Apresentação**

A Medicina, de uma arte solitária e íntima, passou, nestes últimos tempos, a assimilar e solicitar a extraordinária contribuição decorrente do avanço das ciências em geral. Assim, criou-se uma nova estratégia de exercício funcional, circunscrevendo-se um maior campo de ação – uma verdadeira área de saúde, onde outros profissionais passaram a contribuir para uma forma de Medicina que alcança o homem em seu mais amplo sentido físico, psíquico e social.

Os estudantes de Medicina também incorporaram-se a essa nova realidade e passam a ter, nos hospitais ou serviços de saúde, seus encargos específicos com a realização de alguns “atos profissionais”, de maneira quase autônoma ou sob supervisão.

Antes, o estudante era objeto da nossa preocupação apenas no sentido de formá-lo. Vivia sob uma vigilância rígida e constante, e por isso era considerado sem responsabilidade, a não ser em fatos que viessem a causar danos por pérfidos desejos. Atualmente essa concepção não pode mais ser endossada, visto que é ampla e eficaz sua participação no âmbito do setor de saúde. É nosso pensamento que aquela irresponsabilidade total pela culpa não pode ser admitida nos dias que correm. O estudante dos nossos tempos não pode ser comparado ao de antigamente. Participa ele dos fatos gerais, critica e discute, defendendo conscientemente seus interesses. Houve, é inegável, uma fantástica revolução na mentalidade do jovem brasileiro, provando que ele foi sensibilizado mais precocemente para uma tomada de posição, adquirindo condições de adaptação às exigências dessa nova ordem imposta pela evolução da “Moderna Medicina”. Por isso, somos obrigados a exigir-lhe que assuma a responsabilidade de seus atos.

É certo que os estudantes não têm vinculação profissional com as instituições – hospitais ou não, mas têm compromissos pelos quais poderão responder moral, jurídica e administrativamente.

Isso, à primeira vista, poderia parecer uma exigência descabida; no entanto, o que se pretende é tão somente estimular no estudante uma responsabilidade atinente à sua atividade e à sua formação, acordando-o, desde cedo, para as exigências necessárias que, por certo, deverá ter no desempenho de sua futura profissão.

A criação de um Código de Ética do Estudante de Medicina, antes de constituir-se numa forma extravagante de obrigações, nada mais representa senão a aceitação de suas atividades, que, de uma outra maneira, passam a somar esforços, em termos funcionais, em favor do paciente e da sociedade.

Assim, essas normas, adaptadas do Código de Ética Médica, podem servir como padrão de referência para o estudante de Medicina, notadamente quando seu aprendizado ocorre nas unidades de saúde e junto aos pacientes.

*Genival Veloso de França*

## **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

I – Escolher a Medicina como profissão pressupõe a aceitação de preceitos éticos e de compromissos com a saúde do homem e da coletividade, sem preconceito de qualquer natureza.

II – A atividade prática do estudante de Medicina tem por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão médica.

III – Ao estudante de Medicina cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

IV – A atividade prática do estudante de Medicina deve beneficiar exclusivamente quem a recebe e o próprio estudante que tem nela o meio natural de se preparar para o exercício de sua futura profissão.

## **DIREITOS DO ESTUDANTE**

É direito do estudante de Medicina:

I – Exercer suas atividades práticas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II – Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que exerça sua prática, quando as julgar indignas do ensino ou do exercício médico, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor competente imediato.

III – Realizar trabalho de pesquisa ou participar deste, desde que sob a orientação de um docente responsável pelo trabalho.

IV – Figurar como autor ou coautor de trabalhos científicos, desde que efetivamente tenha participado de sua elaboração e que estejam de conformidade com as normas exigidas para publicação.

V – Suspender suas atividades quando a instituição para a qual exerça suas atividades não ofereça condições mínimas para o desempenho do aprendizado.

## DEVERES E LIMITAÇÕES

Normas fundamentais

I – São deveres do estudante de Medicina:

- a) manter absoluto respeito pela vida humana;
- b) manter total respeito aos cadáveres, no todo ou em parte, em que pratica dissecação ou outro ato inerente ao seu aprendizado;
- c) exercer suas atividades com respeito às pessoas, às instituições e às normas vigentes.

II – É vedado ao estudante de Medicina:

- a) prestar assistência médica sob sua responsabilidade, salvo em casos de iminente perigo de vida;
- b) assinar receitas ou fazer prescrições sem a supervisão do médico que o orienta;
- c) acumpliciar-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente a Medicina;
- d) fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem que esteja supervisionado por um médico responsável e que a pesquisa obedeça às normas nacionais e internacionais e aos princípios éticos;
- e) fornecer atestados médicos;
- f) praticar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país;
- g) assumir posturas desrespeitosas ou faltar com a consideração com os demais participantes do setor de saúde;
- h) deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou malogros a outrem ou a circunstâncias ocasionais;
- i) participar, de qualquer forma, da mercantilização da Medicina;
- j) praticar ou participar de atos médicos, se forem ilícitos ou desnecessários;
- l) exercer sua autoridade de maneira a limitar os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa ou seu bem-estar;
- m) receber honorários das pessoas às quais presta seu trabalho ou receber salário pelo exercício de sua atividade acadêmica; mas pode fazê-lo em forma de bolsas de estudo das instituições docentes às quais esteja ligado;
- n) usar suas atividades para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime.

### Relação com o paciente

III – Em seu relacionamento com o paciente, o estudante de Medicina tem as seguintes obrigações:

- a) demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano;
- b) ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença;
- c) apresentar-se condignamente, cultivando o hábito e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito de que ele é merecedor;
- d) ter paciência e calma, agindo com prudência em todas as ocasiões;
- e) ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade;
- f) não usar meios ou expressões que atemorizem o paciente;
- g) respeitar o pudor do paciente;
- h) compreender e tolerar algumas atitudes ou manifestações dos pacientes, lembrando-se que tais atitudes podem fazer parte da sua doença;
- i) ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação aos seus problemas pessoais.

IV – O estudante de Medicina não pode participar de prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis contra as pessoas, ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimento para tais fins.

V – É vedado ao estudante de medicina fornecer meio, instrumento ou substância para antecipar a morte do paciente.

### O Segredo em Medicina

VI – O estudante de Medicina, tal qual o médico, está obrigado a guardar segredo sobre fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao doente.

VII – O estudante de Medicina não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade, mas, convidado para depor, deve declarar-se preso ao segredo.

VIII – É admissível a quebra do segredo por justa causa, por imposição da Justiça ou por autorização expressa do paciente, desde que a quebra desse sigilo não lhe traga prejuízos.

IX – O estudante de Medicina não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

### **Relação com as instituições, com os profissionais de saúde e com os colegas**

X – O estudante de Medicina está obrigado a respeitar as normas das instituições onde realiza suas atividades práticas.

XI – Está também obrigado a zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

XII – Não compete ao estudante de Medicina fazer advertências ou reclamações ao pessoal do setor de saúde, a respeito de suas atividades profissionais, mas, se considerar necessário, deve dirigir-se ao seu superior imediato, comunicando-lhe o fato.

XIII – É proibido ao estudante afastar-se de suas atividades, mesmo temporariamente, sem comunicar ao seu supervisor.

XIV – O estudante de Medicina, como qualquer cidadão, responde civil, penal e administrativamente por atos danosos ao paciente, aos quais tenha dado causa por imprudência ou negligência.

XV – É dever do estudante de Medicina ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

XVI – O estudante de Medicina deve ter sempre para com seus colegas respeito, consideração e apreço que reflitam a harmonia da classe e o conceito que merece na sociedade.

# CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

## PREÂMBULO

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político.

A enfermagem brasileira, face às transformações socioculturais, científicas e legais, entendeu ter chegado o momento de reformular o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

A trajetória da reformulação, coordenada pelo Conselho Federal de Enfermagem com a participação dos Conselhos Regionais de Enfermagem, incluiu discussões com a categoria de enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

O presente Código teve como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Teve como referência, ainda, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos [Declaração Helsinque (1964), revista em Tóquio (1975), em Veneza (1983), em Hong Kong (1989) e em Sommerset West (1996) e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (1996)].

## PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

### Capítulo I

#### DAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

#### DIREITOS

Art. 1.º Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos

humanos.

Art. 2.º Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 3.º Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.

Art. 4.º Obter desagravo público por ofensa que atinja a profissão, por meio do Conselho Regional de Enfermagem.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 5.º Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 6.º Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 7.º Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 8.º Promover e ser conivente com a injúria, calúnia e difamação de membro da equipe de enfermagem, equipe de saúde e de trabalhadores de outras áreas, de organizações da categoria ou instituições.

Art. 9.º Praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato, que infrinja postulados éticos e legais.

### **Seção I**

#### **Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade**

##### **Direitos**

Art. 10. Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

Art. 11. Ter acesso às informações, relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 12. Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13. Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 14. Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 15. Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 16. Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 17. Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 18. Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar.

Art. 19. Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 20. Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

Art. 21. Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 22. Disponibilizar seus serviços profissionais à comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe, sem pleitear vantagens pessoais.

Art. 23. Encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei.

Art. 24. Respeitar, no exercício da profissão, as normas relativas à preservação do meio ambiente e denunciar aos órgãos competentes as formas de poluição e deterioração que comprometam a saúde e a vida.

Art. 25. Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 26. Negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

Art. 27. Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 28. Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único - Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

Art. 29. Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

Art. 30. Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.

Art. 31. Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência.

Art. 32. Executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 33. Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

Art. 34. Provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência.

Art. 35. Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

### **Seção II**

#### **Das Relações com os Trabalhadores de Enfermagem, Saúde e Outros**

##### **Direitos**

Art. 36. Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade.

Art. 37. Recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica, onde não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em situações de urgência e emergência.

Parágrafo único - O profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegibilidade.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 38. Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

Art. 39. Participar da orientação sobre benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, na condição de membro da equipe de saúde.

Art. 40. Posicionar-se contra falta cometida durante o exercício profissional seja por imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 41. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 42. Assinar as ações de enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 43. Colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, fecundação artificial e manipulação genética.

### **Seção III**

#### **Das Relações com as Organizações da Categoria**

##### **Direitos**

Art. 44. Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, quando impedido de cumprir o presente Código, a legislação do exercício profissional e as resoluções e decisões emanadas do Sistema COFEN/COREN.

Art. 45. Associar-se, exercer cargos e participar de entidades de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional.

Art. 46. Requerer em tempo hábil, informações acerca de normas e convocações.

Art. 47. Requerer, ao Conselho Regional de Enfermagem, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 48. Cumprir e fazer os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 49. Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que firam preceitos do presente Código e da legislação do exercício profissional.

Art. 50. Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 51. Cumprir, no prazo estabelecido, as determinações e convocações do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 52. Colaborar com a fiscalização de exercício profissional.

Art. 53. Manter seus dados cadastrais atualizados, e regularizadas as suas obrigações financeiras com o Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 54. Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 55. Facilitar e incentivar a participação dos profissionais de enfermagem no desempenho de atividades nas organizações da categoria.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 56. Executar e determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e às demais normas que regulam o exercício da Enfermagem.

Art. 57. Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional.

Art. 58. Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio ou comprometam a finalidade para a qual foram instituídas as organizações da categoria.

Art. 59. Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem.

## **Seção IV**

### **Das Relações com as Organizações Empregadoras**

#### **Direitos**

Art. 60. Participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do aprimoramento técnico-científico, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração.

Art. 61. Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 62. Receber salários ou honorários compatíveis com o nível de formação, a jornada de trabalho, a complexidade das ações e a responsabilidade pelo exercício profissional.

Art. 63. Desenvolver suas atividades profissionais em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados, e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes.

Art. 64. Recusar-se a desenvolver atividades profissionais na falta de material ou equipamentos de proteção individual e coletiva definidos na legislação específica.

Art. 65. Formar e participar da comissão de ética da instituição pública ou privada onde trabalha, bem como de comissões interdisciplinares.

Art. 66. Exercer cargos de direção, gestão e coordenação na área de seu exercício profissional e do setor saúde.

Art. 67. Ser informado sobre as políticas da instituição e do serviço de enfermagem, bem como participar de sua elaboração.

Art. 68. Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 69. Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.

Art. 70. Estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição.

Art. 71. Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72. Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 73. Trabalhar, colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem princípios e normas que regulam o exercício profissional de enfermagem.

Art. 74. Pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 75. Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de hospital, casa de saúde, unidade sanitária, clínica, ambulatório, escola, curso, empresa ou estabelecimento congênere sem nele exercer as funções de enfermagem pressupostas.

Art. 76. Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir Assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 77. Usar de qualquer mecanismo de pressão ou suborno com pessoas físicas ou jurídicas para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 78. Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, atentar contra o pudor, assediar sexual ou moralmente, inferiorizar pessoas ou dificultar o exercício profissional.

Art. 79. Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular de que tenha posse em razão do cargo, ou desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 80. Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja enfermeiro.

## Capítulo II

### DO SIGILO PROFISSIONAL

#### DIREITOS

Art. 81. Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 82. Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal.

§ 1.º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2.º Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência.

§ 3.º O profissional de enfermagem, intimado como testemunha, deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar seu impedimento de revelar o segredo.

§ 4.º O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo.

Art. 83. Orientar, na condição de enfermeiro, a equipe sob sua responsabilidade, sobre o dever do sigilo profissional.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 84. Franquear o acesso a informações e documentos para pessoas que não estão diretamente envolvidas na prestação da assistência, exceto nos casos previstos na legislação vigente ou por ordem judicial.

Art. 85. Divulgar ou fazer referência a casos, situações ou fatos de forma que os envolvidos possam ser identificados.

## Capítulo III

### DO ENSINO, DA PESQUISA, E DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

#### DIREITOS

Art. 86. Realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais.

Art. 87. Ter conhecimento acerca do ensino e da pesquisa a serem desenvolvidos com as pessoas sob sua responsabilidade profissional ou em seu local de trabalho.

Art. 88. Ter reconhecida sua autoria ou participação em produção técnico-científica.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação.

Art. 90. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa.

Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

Art. 92. Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

Art. 93. Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos.

Art. 95. Eximir-se da responsabilidade por atividades executadas por alunos ou estagiários, na condição de docente, enfermeiro responsável ou supervisor.

Art. 96. Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade.

Art. 97. Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos predeterminados.

Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Art. 99. Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100. Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicados.

Art. 101. Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha participado como autor ou não, implantadas em serviços ou instituições sem concordância ou concessão do autor.

Art. 102. Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

## Capítulo IV

### DA PUBLICIDADE

#### DIREITOS

Art. 103. Utilizar-se de veículo de comunicação para conceder entrevistas ou divulgar eventos e assuntos de sua competência, com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 104. Anunciar a prestação de serviços para os quais está habilitado.

## **RESPONSABILIDADES E DEVERES**

Art. 105. Resguardar os princípios da honestidade, veracidade e fidedignidade no conteúdo e na forma publicitária.

Art. 106. Zelar pelos preceitos éticos e legais da profissão nas diferentes formas de divulgação.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 107. Divulgar informação inverídica sobre assunto de sua área profissional.

Art. 108. Inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições sem sua prévia autorização.

Art. 109. Anunciar título ou qualificação que não possa comprovar.

Art. 110. Omitir em proveito próprio, referência a pessoas ou instituições.

Art. 111. Anunciar a prestação de serviços gratuitos ou propor honorários que caracterizem concorrência desleal.

## Capítulo V

### DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 112. A caracterização das infrações éticas e disciplinares e a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 113. Considera-se infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 114. Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

Art. 115. Responde pela infração quem a cometer ou concorrer para a sua prática, ou dela obtiver benefício, quando cometida por outrem.

Art. 116. A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos do dano e de suas consequências.

Art. 117. A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem.

Art. 118. As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do exercício profissional;

V – Cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1.º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2.º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (uma) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3.º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4.º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da enfermagem por um período não superior a 29 (vinte e nove) dias e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5.º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

Art. 119. As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da alçada do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei n.º 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem, terá como instância superior a Assembleia dos Delegados Regionais.

Art. 120. Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I – A maior ou menor gravidade da infração;

II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III – O dano causado e suas consequências;

IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 121. As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1.º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições.

§ 2.º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa ou as que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 3.º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido, função ou ainda, dano moral irremediável em qualquer pessoa.

Art. 122. São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II – Ter bons antecedentes profissionais;

III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação;

IV – Realizar ato sob emprego real de força física;

V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração.

Art. 123. São consideradas circunstâncias agravantes:

I – Ser reincidente;

II – Causar danos irreparáveis;

III – Cometer infração dolosamente;

IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais.

## Capítulo VI

### DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 124. As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 125. A pena de advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 5.º a 7.º; 12 a 14; 16 a 24; 27; 30; 32; 34; 35; 38 a 40; 49 a 55; 57; 69 a 71; 74; 78; 82 a 85; 89 a 95; 98 a 102; 105; 106; 108 a 111 deste Código.

Art. 126. A pena de multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 5.º a 9.º; 12; 13; 15; 16; 19; 24; 25; 26; 28 a 35; 38 a 43; 48 a 51; 53; 56 a 59; 72 a 80; 82; 84; 85; 90; 94; 96; 97 a 102; 105; 107; 108; 110; e 111 deste Código.

Art. 127. A pena de censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 8.º; 12; 13; 15; 16; 25; 30 a 35; 41 a 43; 48; 51; 54; 56 a 59; 71 a 80; 82; 84; 85; 90; 91; 94 a 102; 105; 107 a 111 deste Código.

Art. 128. A pena de suspensão do exercício profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 8.º; 9.º; 12; 15; 16; 25; 26; 28; 29; 31; 33 a 35; 41 a 43; 48; 56; 58; 59; 72; 73; 75 a 80; 82; 84; 85; 90; 94; 96 a 102; 105; 107 e 108 deste Código.

Art.129. A pena de cassação do direito ao exercício profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 9.º; 12; 26; 28; 29; 78 e 79 deste Código.

## Capítulo VII

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 130. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 131. Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por iniciativa própria ou mediante proposta de Conselhos Regionais.

Parágrafo único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais.

Art. 132. O presente Código entrará em vigor 90 dias após sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 8 de fevereiro de 2007.

---

# CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR

*(Aprovado pela Assembleia-Geral de Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – FBAH e Publicado no Informativo Hospitalar Brasileiro n.º 4, do mês de julho de 1995)*

Art. 1.º O Administrador Hospitalar adote o seu código de ética como uma carta magna que norteie a sua vida e seu comportamento profissional é fundamenta a tomada de suas decisões.

Art. 2.º O Administrador Hospitalar tem plena consciência de está dentro de uma instituição complexa e coordenando atividades pluriprofissionais, em função da pessoa humana que procura manter ou restabelecer sua saúde.

Art. 3.º O Administrador Hospitalar será consciente de que o bom desempenho na sua profissão requer formação específica e muito aprimorada.

Art. 4.º O Administrador Hospitalar tem também formação cultural e humanista que lhe permita acompanhar o progresso da Administração Hospitalar, além da ciência, técnica e arte, devendo tomar parte ativa em estudos, organizações e promoções específicas, que visam aprimorá-las constantemente.

Art. 5.º O Administrador Hospitalar tem personalidade capaz de administrar a instituição hospitalar com segurança e serenidade, mesmo nas circunstâncias mais delicadas.

Art. 6.º O Administrador Hospitalar compenetra-se da necessidade de sua profissão e tem sempre como lema a grande missão que lhe é confiada, de servir.

Art. 7.º O Administrador Hospitalar tem fé na sua missão, autoridade para coordenar os que trabalham na instituição, espírito de decisão e iniciativa, disciplina e energia realizadora para levar o hospital a uma constante renovação, aprimorando sempre mais o seu desempenho.

Art. 8.º O Administrador Hospitalar não se deixa guiar por sentimentos ou vantagens pessoais e, sim, com calma e domínio ao tomar cada decisão.

Art. 9.º O Administrador Hospitalar tem sempre presente que uma boa administração pode salvar vidas e prolongar existências, além de levar as instituições a otimizarem todas as suas possibilidades.

Art. 10. O Administrador Hospitalar dedica-se a uma vida de trabalho desinteressante para fazer de sua carreira de administrador hospitalar um sucesso, pois é um privilégio sagrado lidar com o mais precioso bem do homem, a saúde.

Art. 11. O Administrador Hospitalar considera o cargo que ocupa, primordialmente como um compromisso de serviço ao paciente, aos profissionais e servidores da instituição e à comunidade.

Art. 12. O Administrador Hospitalar provê o hospital dos meios humanos e materiais necessários, para que o mesmo possa atingir seus objetivos de prevenir a doença, promover a saúde e desenvolver o ensino e a pesquisa.

Art. 13. O Administrador Hospitalar, testemunha respeito a todas as formas de manifestação da vida e empenha-se em preservá-la, mantê-la e desenvolvê-la, até o limite das suas possibilidades, repudiando tudo quanto possa agredi-la ou diminuir sua plena expressão.

Art. 14. O Administrador Hospitalar implanta uma documentação completa e coordenada de todas as atividades desenvolvidas no hospital, favorecendo o estudo e a defesa do hospital, dos pacientes e de quantos nele trabalham.

Art. 15. O Administrador Hospitalar zela com absoluto rigor pela preservação do sigilo profissional em todas as circunstâncias.

Art. 16. O Administrador Hospitalar pauta a sua administração pelo princípio de que a pessoa humana é o fundamento, o sujeito e o fim de todas a instituição assistencial e, quando enferma, o centro e a razão de ser de toda atividade de saúde e hospitalar.

Art. 17. O Administrador Hospitalar possibilita aos pacientes usufruir todos os direitos fundamentais da pessoa humana, tanto materiais quanto sociais e espirituais.

Art. 18. O Administrador Hospitalar não permite a transgressão dos princípios legais, éticos e morais, exigido de cada profissional o cumprimento rigoroso do Código de Ética da sua profissão.

Art. 19. O Administrador Hospitalar tem consciência de que os recursos humanos são o principal e verdadeiro patrimônio do hospital e aplica uma política de recursos humanos que possibilite, de forma integrada, o desenvolvimento de todas as potencialidades de seus servidores.

Art. 20. O Administrador Hospitalar promove o bom relacionamento entre os servidores de todas as unidades do hospital e de todas as

categorias profissionais, destacando a importância das respectivas atividades.

Art. 21. O Administrador Hospitalar estimula os aprimoramentos humano, cultural e técnico dos que trabalham no hospital.

Art. 22. O Administrador Hospitalar promove o ensino e as pesquisas em todas as áreas das atividades hospitalar, através da educação continuada, palestras, cursos, participação e simpósios, congressos e demais formas de aprendizagem.

Art. 23. O Administrador Hospitalar implanta todos os instrumentos de administração e mantém uma organização correta em todas as unidades do hospital para favorecer a admissão e o aprendizado de estagiários das profissões da saúde.

Art. 24. O Administrador Hospitalar institui no hospital um centro de Estudos para estimular o ensino, a pesquisa, as publicações e demais possibilidades de desenvolvimento profissional dos que trabalham no mesmo.

Art. 25. O Administrador Hospitalar zela para que o corpo clínico do hospital seja organizado e aberto, concedendo-lhe os meios necessários ao desempenho eficiente de suas funções.

Art. 26. O Administrador Hospitalar empenha esforços para tomar o hospital um verdadeiro centro de saúde da comunidade, integrando-o aos demais serviços de saúde.

Art. 27. O Administrador Hospitalar participa expressivamente das atividades da comunidade e dos programas dos órgãos de classe da sua profissão e do hospital.

Art. 28. O Administrador Hospitalar mantém a comunidade informada sobre os recursos e as limitações do hospital, a fim de promover o bom nome perante o público.

Art. 29. O Administrador Hospitalar adota uma administração participativa, para que os profissionais e servidores possam dar sua contribuição nos programas que são implantados e apreciar o desempenho do hospital como um todo e de cada unidade administrativa.

Art. 30. O Administrador Hospitalar aplica instrumentos adequados para mensurar o padrão de atendimento do hospital, com vistas ao seu constante aprimoramento.

Art. 31. O Administrador Hospitalar levanta em períodos muito curtos, a maior quantidade possível de informações das atividades do hospital, para que possa tomar corretamente decisões, projetar resultados e prevenir dificuldades.

Art. 32. O Administrador Hospitalar é sempre leal e sincero com seus superiores hierárquicos, mantendo-os informados do que ocorre no hospital e relevando com absoluta transparência os comportamentos sobre os quais está assentada toda a dinâmica hospitalar na área social, assistencial, humana e econômica.

Art. 33. O Administrador Hospitalar desempenha sempre suas tarefas com acerto, rapidez e eficácia.

# CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO

*Elaborado e adotado pela Comissão Internacional de Saúde no Trabalho (ICOH), fundada em 1906 – Versão atualizada em 2002<sup>1</sup>*

## PREFÁCIO

1. Há muitas razões que explicam porque um Código de Ética para os Profissionais de Saúde no Trabalho, distinto dos códigos de ética que regem o exercício profissional dos médicos em geral, tenha sido adotado pela Comissão Internacional de Saúde no Trabalho (ICOH). O primeiro motivo é o crescente reconhecimento das complexas e às vezes concorrentes e contraditórias responsabilidades dos profissionais de Saúde e Segurança no Trabalho, em relação aos trabalhadores, aos empregadores, ao público em geral, à Saúde Pública, às autoridades do Trabalho e a outras entidades e atores, tais como a Previdência Social e as autoridades judiciais. Um outro motivo é o crescimento do número de profissionais de Saúde e Segurança no Trabalho, principalmente em Serviços de Saúde e Segurança no Trabalho, quer em função de exigências legais, quer em caráter voluntário. Ainda, cabe salientar o crescente desenvolvimento do enfoque multidisciplinar em Saúde e Segurança no Trabalho, o que implica o envolvimento de especialistas com distintas inserções profissionais.

2. O Código Internacional de Ética para os Profissionais de Saúde no Trabalho é relevante para muitos grupos profissionais que desempenham tarefas e têm responsabilidades em empresas, assim como nos setores público e privado que se dedicam à Saúde, à Segurança e à Higiene e Meio Ambiente relacionados ao trabalho. Para fins deste Código, as categorias profissionais incluídas no termo “profissões de Saúde no Trabalho” são definidas de forma muito ampla, tendo em comum o compromisso profissional de implementar a Saúde no Trabalho. A abrangência deste Código cobre atividades dos profissionais de Saúde no Trabalho, quando atuam em sua capacidade individual, como quando atuam dentro de organizações e empresas que prestam serviços a clientes e usuários. O Código aplica-se aos profissionais de Saúde no Trabalho e a Serviços de Saúde no Trabalho, independentemente de eles estarem atuando em contextos de livre mercado, sujeitos à concorrência, ou em contextos de serviços públicos de saúde.

3. A versão de 1992, do Código Internacional de Ética, estabeleceu os princípios gerais de ética na Saúde no Trabalho. Estes princípios permanecem válidos, mas eles precisam ser atualizados e reformulados, a fim de se ajustarem às mudanças em curso nas ambiências onde a Saúde no Trabalho é praticada. O Código também necessita ser regularmente reinterpretado, utilizando-se, para tanto, uma terminologia que esteja de acordo com o uso atual, abordando, também, questões éticas relacionadas com a Saúde no Trabalho que vêm emergindo nos debates em âmbito profissional e em âmbito geral. Devem ser levadas em conta as mudanças nas condições de trabalho e nas demandas sociais, incluindo aquelas emergentes do desenvolvimento social e político da sociedade; questionamentos sobre o conceito de valor utilitário, sobre a melhoria contínua e sobre a transparência; a questão da globalização da economia mundial e a liberação internacional dos mercados; o desenvolvimento técnico e a introdução das tecnologias da informação, como um elemento indissociável da produção de bens e serviços. Todos estes aspectos têm repercussões sobre o contexto das práticas de Saúde no Trabalho, e, por conseguinte, influenciam as normas profissionais e de ética dos profissionais de Saúde no Trabalho.

4. A preparação de um Código Internacional de Ética para os Profissionais de Saúde no Trabalho foi discutida pelo Conselho de Administração (Board) da ICOH, por ocasião do Congresso da ICOH realizado em Sydney, em 1987. Um anteprojeto foi distribuído aos membros do Conselho em Montreal, em setembro de 1990, e foi objeto de uma série de consultas que duraram do final de 1990 até o início de 1991. O Código de Ética da ICOH para os profissionais de Saúde no Trabalho, de 1992, foi adotado pelo Conselho de Administração da ICOH, em 29 de novembro de 1991, e foi publicado em Inglês e em Francês, em 1992, reimpresso em 1994 e 1996, tendo sido traduzido para oito idiomas.

5. Um Grupo de Trabalho foi criado pelo Conselho de Administração da ICOH, em 1993, a fim de atualizar, de acordo com o que sentisse necessário, o Código Internacional de Ética para as Profissões de Saúde no Trabalho, incluindo, também, a atualização de temas gerais relacionados com a ética em Saúde no Trabalho. Entre 1993 e 1996, o Grupo de Trabalho, constituído por três membros (Dr. G. H. Coppée, Prof. P. Grandjean e Prof. P. Westerholm), com a colaboração de 17 membros associados da ICOH, os quais proferiram comentários e

propostas de emendas. Em dezembro de 1997, o Dr. G. H. Coppée e o Prof. P. Westerholm puseram-se de acordo com o Conselho de Administração da ICOH, no sentido de aceitarem que uma revisão aprofundada do Código de Ética não seria necessária neste momento, mas tão somente ajustes de atualização, no texto como um todo, e em determinadas partes específicas que careciam de mais clareza. Foi previsto, no entanto, que uma revisão mais extensa deveria ser feita pela ICOH, no sentido de suplementar o Código de Ética com novas questões e com temas emergentes que necessitariam ser enfocados pela ICOH.

6. Foi realizada em Genebra, em 14 e 15 de Dezembro de 1999, uma reunião dos membros do Grupo de Trabalho sobre Ética em Saúde no Trabalho – modificado – (Prof. J. F. Caillard, Dr. G. H. Coppée e Prof. P. Westerholm), onde foram revistos os comentários relativos ao Código de Ética, de 1992, que haviam sido recebidos durante o período de 1993 a 1999, particularmente as contribuições recebidas dos membros associados da ICOH. Como o propósito não era o de revisar o Código de Ética de 1992, mas apenas o de atualizá-lo, sua estrutura original foi mantida. De modo similar, não foi modificada a titulação dos itens e parágrafos, nem sua numeração, muito embora se reconhecesse que algumas melhorias poderiam ter sido introduzidas, se fossem adotadas sugestões feitas por membros associados da ICOH, no sentido de reorganizar a estrutura do texto.

7. O Código de Ética, de 1992, consistia de um conjunto de princípios e diretrizes práticas apresentados em parágrafos, dispostos em uma linguagem normativa. O Código não era, e nem tem o propósito de vir a se tornar um livro sobre Ética em Saúde no Trabalho. Por esta razão, parágrafos não foram suplementados por comentários. Considera-se que seria tarefa dos próprios profissionais e de suas associações, assumirem um papel ativo no detalhamento das condições de aplicação dos enunciados do Código, em função de situações concretas ou específicas de sua utilização (por exemplo, por meio de discussão de casos; na discussão em grupos; ou em oficinas de trabalho e outras atividades de treinamento, onde os artigos do Código poderiam servir como base para o debate, nas perspectivas ética e técnica).

8. Deve-se lembrar, também, que a orientação detalhada, a respeito de aspectos específicos ou particulares, pode ser encontrada em códigos nacionais de ética ou em diretrizes de conduta, elaboradas para profissões específicas. Ademais, o Código de Ética não pretende cobrir todas as áreas de implementação de todos os aspectos de conduta dos profissionais de Saúde no Trabalho ou de suas relações com atores sociais diversos, com outros profissionais e com o público em geral. Reconhece-se que alguns aspectos de ética profissional podem ser específicos para determinadas profissões (por exemplo: engenheiros, enfermeiros, médicos, higienistas, psicólogos, técnicos de segurança, arquitetos, designers, especialistas em organização do trabalho, etc.) necessitam de orientação ética adicional, o mesmo sendo necessário, também, para o caso de pesquisadores.

9. Este Código de Ética visa a traduzir em termos de condutas profissionais os valores e os princípios éticos em Saúde no Trabalho. A intenção é fornecer um guia a todos aqueles que desenvolvem atividades em Saúde no Trabalho, e estabelecer uma base de referência que permita os profissionais avaliarem seu próprio desempenho nesta esfera. Este documento pode ser utilizado para a elaboração de códigos nacionais de ética e para fins educativos. Também pode ser adotado de forma voluntária, e pode servir como um padrão de referência na definição e avaliação da conduta profissional. O Código também tem o propósito de contribuir para o desenvolvimento de um conjunto de princípios para a cooperação entre todos os profissionais envolvidos, bem como para a promoção do trabalho em equipe e o enfoque multidisciplinar em Saúde no Trabalho. Ele também pode servir de base para orientar e justificar o abandono de determinadas práticas ainda em uso, e ainda para destacar a responsabilidade daqueles que adotam práticas questionáveis, sem uma clara justificativa para tal.

10. O Conselho de Administração da ICOH gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para a revisão do Código de Ética, em especial aos membros do Grupo de Trabalho, Dr. G. H. Coppée (OIT até agosto de 2000), Presidente e Coordenador do GT; Prof. P. Westerholm (Suécia), de julho de 1998 em diante; Prof. J-F Caillard (França, Presidente da ICOH até agosto de 2000), a partir de setembro de 2000; Prof. G. Schaecke (Alemanha); Dr. W. M. Coombs (África do Sul), bem como os especialistas e consultores: Honorável J. L. Baudouin (Canadá); Prof. A. David (República Checa); Prof. M. S. Frankel (Estados Unidos); Prof. T. Guidotti (Estados Unidos); Prof. J. Jeyaratnam (Cingapura); Dr. T. Kalhoulé (Burkina Faso); Dr. K. Kogi (Japão); Dr. M. Lesage (Canadá); Dr. M. I. Mikheev (Federação Russa); Dr. T. Nilstun (Suécia); Dr. S. Niu (China); Prof. T. Norseth (Noruega); Sr. I. Obadia (Canadá); Dr. C. G. Ohlson (Suécia); Prof. C. L. Soskolne (Canadá); prof. B. Terracini (Itália) e Dr. K. van Damme (Bélgica).

11. O Código Internacional de Ética para as Profissões de Saúde no Trabalho, em sua versão atualizada em 2002, circulou para comentários, entre os membros do Conselho de Administração da ICOH, durante 2001, e sua publicação foi aprovada pelo Conselho, em 12 de março de 2002.

12. Deve ser destacado que Ética deve ser considerada um assunto que não tem claros limites de extensão, que necessita interações, cooperação multidisciplinar, consultas e participação. O processo em si pode ser mais importante do que propriamente seu resultado. Um código de ética para profissionais de Saúde no Trabalho não deve jamais ser considerado como um fim em si, mas como uma etapa de um processo dinâmico que envolve a comunidade de Saúde no Trabalho – como um todo –, a ICOH e as outras organizações relacionadas com a Segurança, a Saúde e o Meio Ambiente, assim como as organizações de trabalhadores e de empregadores.

13. Não é demais enfatizar que a ética em Saúde no Trabalho é, por essência, um campo de interações entre numerosos parceiros. A boa prática da Saúde no Trabalho é incluyente e não excluyente. A elaboração e a implementação de normas de conduta profissional não implicam, tão somente, os profissionais de Saúde no Trabalho, mas também aqueles que se beneficiam de seus serviços, posto que podem se sentir ameaçados pelo modo como a Saúde no Trabalho é praticada, como também aqueles que apoiam práticas adequadas do ponto de vista ético, e os que denunciam os deslizos e infrações neste campo. Assim, este documento deveria ser mantido em permanente avaliação, e sua revisão deveria ser implementada, tão pronto ela se mostre necessária. Neste sentido, comentários e sugestões para o melhoramento do conteúdo deste documento devem ser dirigidos ao Secretário-Geral da Comissão Internacional de Saúde no Trabalho – ICOH.

## INTRODUÇÃO

1. O objetivo do exercício da Saúde no Trabalho é proteger e promover a saúde dos trabalhadores, manter e melhorar sua capacidade de trabalho, contribuir para o estabelecimento e a manutenção de um ambiente de trabalho saudável e seguro para todos, assim como promover a adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, levando em consideração seu estado de saúde.

2. O campo da Saúde no Trabalho é amplo e cobre a prevenção de todas as disfunções provocadas pelo emprego, acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, inclusive doenças profissionais e todos os aspectos relacionados com as interações entre Trabalho e Saúde. Os profissionais de Saúde no Trabalho deveriam ser envolvidos, sempre que possível, no desenho e escolha dos equipamentos de Saúde e Segurança, em métodos e procedimentos apropriados, em práticas de trabalho seguro, e deveriam encorajar a participação dos trabalhadores neste campo, levando em consideração sua própria experiência.

3. Com base no princípio de equidade, os profissionais de Saúde no Trabalho deveriam assistir os trabalhadores na obtenção e manutenção do emprego, apesar de suas deficiências de saúde ou de suas incapacidades ou desvantagens. Deveria ser devidamente reconhecido que existem necessidades especiais de Saúde no Trabalho, determinadas por fatores tais como gênero, idade, condição fisiológica, aspectos sociais, barreiras de comunicação e outros fatores. Estas necessidades deveriam ser caracterizadas em bases individuais, com a devida preocupação de proteger a saúde em relação ao trabalho e sem deixar qualquer possibilidade de discriminação.

4. Para o propósito deste Código, a expressão “profissionais de Saúde no Trabalho” significa a inclusão de todos aqueles que, no exercício de sua capacidade profissional, desempenham tarefas de Saúde e Segurança no Trabalho, provêm serviços de Saúde no Trabalho, ou estão envolvidos no exercício da Saúde no Trabalho. Na verdade, um amplo espectro de disciplinas está envolvido com a Saúde no Trabalho, pois ela se situa numa interface entre a tecnologia e a saúde, envolvendo aspectos técnicos, médicos, sociais e legais. Os profissionais de Saúde no Trabalho incluem os médicos do trabalho, os enfermeiros do trabalho, os técnicos de Segurança, os higienistas ocupacionais, os psicólogos ocupacionais, os especialistas em Ergonomia, em Reabilitação Profissional, em Prevenção de Acidentes, no melhoramento das condições e ambientes de trabalho, assim como os profissionais que se dedicam à pesquisa em Saúde e Segurança no Trabalho. A tendência atual é mobilizar a competência destes profissionais de Saúde no Trabalho, dentro do marco de referência e do enfoque da multidisciplinaridade e do trabalho em equipe.

5. Muitos outros profissionais de uma grande variedade de disciplinas como a Química, a Toxicologia, a Engenharia, a Proteção Radiológica, a Saúde Ambiental, a Sociologia Aplicada, e profissionais da área do Seguro e da Educação em Saúde podem também, em determinada extensão, ser envolvidos no exercício das atividades de Saúde no Trabalho. Outrossim, autoridades de Saúde Pública e autoridades da área de Trabalho, empregadores, trabalhadores e seus representantes, e profissionais que trabalham em primeiros socorros exercem papéis essenciais, e até têm responsabilidade direta na implementação das políticas e dos programas de Saúde no Trabalho, embora não sejam especialistas em Saúde no Trabalho, por profissão. Finalmente, muitas outras profissões, tais como advogados, arquitetos, técnicos de produção, designers, analistas de administração do trabalho, especialistas em organização do trabalho, professores e outros profissionais docentes em escolas técnicas, em universidades e em outras instituições, assim como profissionais da mídia têm um importante papel a ser desempenhado, em relação ao melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho.

6. O termo “empregadores” significa pessoas com responsabilidade reconhecida, compromisso e deveres em relação a trabalhadores em seus empregos, em função de um relacionamento mutuamente acordado (uma pessoa que trabalha por conta própria é considerada como sendo tanto empregador quanto empregado). O termo “trabalhador” aplica-se a pessoas que trabalham, seja em tempo integral, seja em tempo parcial ou temporariamente, para algum empregador; este termo é utilizado aqui num sentido amplo, cobrindo todos os empregados, inclusive os do quadro administrativo e os autônomos ou por conta própria [“self-employed”] (um trabalhador autônomo ou trabalhador por conta própria é considerado como tendo as obrigações tanto do empregador quanto do empregado). A expressão “autoridade competente” significa um ministro, dirigente de um departamento governamental, ou outra autoridade pública, imbuída de poder para emitir regulamentos e outras instruções que tenham força de lei, bem como os que estão encarregados de supervisionar e fiscalizar sua implementação.

7. Existe uma gama muito ampla de deveres, obrigações e responsabilidades, assim como um relacionamento complexo entre os profissionais relacionados ou envolvidos com os assuntos de Saúde e Segurança no trabalho. Cada empregador é responsável pela saúde e segurança dos trabalhadores que são seus empregados. Cada profissão tem suas responsabilidades, refletindo a distinta natureza de seus deveres. É importante definir o papel dos profissionais da Saúde no Trabalho e suas relações com os outros profissionais, com as autoridades competentes e com os atores sociais envolvidos, em função das políticas econômicas, sociais, ambientais e de saúde. Isto requer uma visão clara a respeito da ética das profissões de Saúde no Trabalho e dos padrões de conduta no exercício de suas profissões. Quando especialistas de diversas profissões estão trabalhando juntos, com um enfoque multidisciplinar, eles deveriam tentar embasar suas ações de acordo com um conjunto partilhado de valores, tendo a compreensão mútua e recíproca dos deveres, obrigações, responsabilidades e padrões do exercício profissional de cada profissão envolvida.

8. Algumas das condições de exercício das funções dos profissionais de Saúde no Trabalho e as condições de funcionamento dos Serviços de Saúde no Trabalho estão, com frequência, definidas em regulamentações legais, como por exemplo, a contínua participação dos trabalhadores e da administração nas atividades de planejamento e avaliação destes serviços. Entre as condições para o correto exercício profissional, inclui-se a ampla independência profissional, isto é, os profissionais de Saúde no Trabalho devem gozar de independência no exercício de suas funções, o que os permitirá a fazer julgamentos corretos e a prover orientações adequadas para a proteção da saúde e da segurança dos trabalhadores, dentro dos estabelecimentos de trabalho, de acordo com o seu conhecimento e consciência. Os profissionais de saúde deveriam se certificar de que foram alcançadas as condições necessárias para exercer suas atividades profissionais de acordo com a boa prática e com os mais elevados padrões profissionais. Isto deveria incluir uma adequada lotação de pessoal, a capacitação, treinamento e educação permanente, além do apoio e acesso aos apropriados níveis gerenciais de mando na organização.

9. Fazem parte das condições básicas para o exercício aceitável da Saúde no Trabalho – frequentemente estas condições estão especificadas nas regulamentações nacionais – o livre acesso aos locais de trabalho, a possibilidade de tomar amostras e avaliar os ambientes

de trabalho, a elaboração de análises de postos de trabalho, e a participação em inquéritos e consultas às autoridades competentes, sobre a implementação de padrões de saúde e segurança no trabalho nos locais de trabalho. Ênfase especial deveria ser dada aos dilemas éticos que podem emergir da tentativa de alcançar, de modo simultâneo, distintos objetivos que eventualmente competem entre si, como por exemplo, a proteção do emprego e a proteção da saúde; o direito à informação e a confidencialidade, e os conflitos entre os interesses individuais e os coletivos.

10. As práticas de Saúde no Trabalho devem ser de acordo com os objetivos da Saúde no Trabalho que foram definidos pela OIT e OMS, em 1950, atualizados, em 1995, pelo Comitê Misto OIT/OMS, e que têm o seguinte enunciado:

*“A Saúde no Trabalho deveria objetivar: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; a prevenção, entre os trabalhadores, dos desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores, em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e a manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade. O principal foco da Saúde no Trabalho deve estar direcionado para três objetivos: a manutenção e promoção da saúde dos trabalhadores e de sua capacidade de trabalho; o melhoramento das condições de trabalho, para que elas sejam compatíveis com a saúde e a segurança; o desenvolvimento de culturas empresariais e de organizações de trabalho que contribuam com a saúde e segurança e promovam um clima social positivo, favorecendo a melhoria da produtividade das empresas. O conceito de cultura empresarial, neste contexto, refere-se a sistemas de valores adotados por uma empresa específica. Na prática, ele se reflete nos sistemas e métodos de gestão, nas políticas de pessoal, nas políticas de participação, nas políticas de capacitação e treinamento e na gestão da qualidade.”*

11. Nunca é demais enfatizar que o propósito central do exercício da Saúde no Trabalho é a prevenção primária dos acidentes do trabalho e das doenças relacionadas ao trabalho. Tal exercício deveria ser executado sob condições controladas e dentro de um contexto organizacional – preferentemente envolvendo profissionais dos Serviços de Saúde no Trabalho – no sentido de assegurar que estas atividades são relevantes, são baseadas no conhecimento, são corretas do ponto de vista científico, ético e técnico, e estão adequadas às condições de risco ocupacional na empresa e às necessidades de Saúde no Trabalho da população trabalhadora em questão.

12. Tem sido crescentemente entendido que o propósito do exercício adequado da Saúde no Trabalho não é o de meramente realizar as avaliações de saúde e prover serviços, mas sim o de cuidar da saúde dos trabalhadores e de sua capacidade de trabalho, com a perspectiva de sua proteção, manutenção e promoção. Este enfoque dos cuidados de saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no trabalho direciona-se à saúde dos trabalhadores e suas necessidades sociais e humanas, de um modo abrangente e coerente, que inclui cuidados preventivos de saúde, promoção da saúde, atenção curativa, primeiros socorros, reabilitação e, quando apropriado, a indenização, assim como as estratégias para a recuperação e reintegração dos trabalhadores nos ambientes de trabalho. Do mesmo modo, também é crescente a compreensão sobre as inter-relações entre a Saúde no Trabalho, a Saúde Ambiental, a Gestão da Qualidade, a Segurança de Produtos e Serviços, e a Saúde e Segurança Pública e Comunitária. Esta estratégia favorece o desenvolvimento dos sistemas de gestão da Saúde e Segurança no Trabalho, a ênfase na escolha de tecnologias limpas, e de alianças entre quem produz e quem protege, no sentido de tornar o desenvolvimento sustentável, justo, e socialmente útil e responsivo às necessidades humanas.

## **PRINCÍPIOS BÁSICOS**

Os três parágrafos seguintes resumizam os princípios éticos sobre os quais se baseia o Código Internacional de Ética dos Profissionais de Saúde no Trabalho.

O propósito da Saúde no Trabalho é servir à saúde e ao bem-estar dos trabalhadores, individualmente e coletivamente. O exercício da Saúde no Trabalho deve ser realizado de acordo com os mais elevados padrões profissionais e princípios éticos. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem contribuir para a saúde ambiental e comunitária.

Os deveres dos profissionais de Saúde no Trabalho incluem a proteção da vida e da saúde do trabalhador, respeitando a dignidade humana e promovendo os mais elevados princípios éticos na implementação de políticas e programas de Saúde no Trabalho. A integridade na conduta profissional, a imparcialidade e a proteção da confidencialidade dos dados de saúde e a privacidade dos trabalhadores constituem parte destes deveres.

Os profissionais de Saúde no Trabalho são profissionais especializados que devem gozar ampla independência profissional no exercício de suas funções. Devem estes profissionais adquirir e manter a competência profissional necessária para desempenhar seus deveres, exigindo as condições que os permitam executar suas tarefas, de acordo com as boas práticas e com a ética profissional.

## **DEVERES E OBRIGAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO**

### **Objetivos e Função Consultiva**

1. O objetivo primário do exercício da Saúde no Trabalho é o de salvaguardar e promover a saúde dos trabalhadores, promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, proteger a capacidade de trabalho dos trabalhadores e seu acesso ao emprego. Ao perseguir este

objetivo, os profissionais de Saúde no Trabalho devem fazer uso de métodos de avaliação de risco validados, propor medidas preventivas eficientes, e fazer o seguimento de sua implementação. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem prover orientação honesta e competente aos empregadores, quanto ao cumprimento de suas responsabilidades no campo da Saúde no Trabalho, como também aos trabalhadores, sobre a proteção e a promoção de sua saúde em relação ao trabalho. Estes profissionais deveriam manter contato direto com os Comitês de Saúde e Segurança, onde existem.

### **Conhecimento e Expertise**

2. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem esforçar-se continuamente para estar bem informados sobre o trabalho e os ambientes de trabalho, bem como para desenvolver sua própria competência e para permanecer bem informados no conhecimento técnico-científico, no conhecimento sobre os fatores de risco ocupacionais, e sobre as medidas mais eficientes para eliminar ou minimizar os riscos relevantes. Como a ênfase deve ser na prevenção primária, definida em termos de políticas, design, escolha de tecnologias limpas, medidas de controle de engenharia e adaptação da organização do trabalho e dos locais de trabalho aos trabalhadores, os profissionais de Saúde no Trabalho devem, de modo regular e rotineiro, visitar os locais de trabalho e consultar os trabalhadores e a administração, sobre o trabalho que está sendo realizado.

### **Desenvolvimento de uma Política e de um Programa**

3. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem orientar os administradores da empresa e os trabalhadores, sobre fatores de risco no trabalho, que podem afetar a saúde dos trabalhadores. A avaliação dos fatores de risco ocupacionais deve levar ao estabelecimento de uma política de saúde e segurança e de um programa de prevenção, adequado às necessidades das empresas e dos locais de trabalho. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem propor tal política e programa, com base no conhecimento técnico e científico atualmente disponível, levando em conta também o próprio conhecimento dos trabalhadores a respeito da organização do trabalho e do meio ambiente de trabalho. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem se assegurar de que têm as qualificações requeridas, ou devem garantir a disponibilização das competências requeridas, de modo tal que seja provida a correta orientação sobre os programas de prevenção, os quais deveriam incluir, quando apropriado, a vigilância e a gestão da segurança do trabalho e dos riscos para a saúde e, em caso de falha, as medidas para minimizar as consequências.

### **Prioridade à Prevenção e à Rapidez de Ação**

4. Uma atenção especial deveria ser dada à aplicação rápida de medidas simples de prevenção, que são válidas do ponto de vista técnico e factíveis. Investigações complementares deveriam verificar a eficácia destas medidas, ou se soluções mais completas devem ser desenvolvidas. Se existem dúvidas sobre a gravidade de um risco ocupacional, medidas conservadoras de precaução deveriam ser imediatamente consideradas e implementadas. Se houver incertezas ou diferenças de opinião, no tocante à natureza dos perigos ou dos riscos, os profissionais de Saúde no Trabalho devem ser transparentes em sua avaliação, com todas as partes envolvidas, evitando ambiguidade na comunicação de sua opinião, e consultando outros profissionais, se necessário.

### **Acompanhamento das Medidas Corretivas**

5. No caso de recusa ou má vontade da empresa em tomar as providências adequadas para remover uma condição de risco injustificável, ou de tomar uma medida remediadora frente a uma situação que representa perigo evidente à saúde ou segurança, os profissionais de Saúde no Trabalho devem, o mais rapidamente possível, notificar, por escrito e de forma clara, sua preocupação aos dirigentes da empresa, na mais alta hierarquia possível, chamando à atenção para a necessidade de levar em conta o conhecimento técnico-científico, e de respeitar as normas de proteção da saúde, que incluem a consideração aos limites máximos de exposição permitida, salientando claramente as obrigações do empregador em proteger a saúde dos trabalhadores. Se necessário, os trabalhadores e suas organizações representativas devem também ser informados, e as autoridades competentes devem ser contatadas.

### **Informação sobre Saúde e Segurança no Trabalho**

6. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem contribuir para informar os trabalhadores sobre riscos ocupacionais a que estão expostos, de uma maneira objetiva e facilmente compreensível, não omitindo nenhum fato, e enfatizando as medidas de prevenção. Estes profissionais devem colaborar com o empregador, os trabalhadores e seus representantes, no sentido de prover informação adequada e treinamento em Saúde e Segurança no Trabalho. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem prover informação apropriada aos empregadores e aos trabalhadores e seus representantes, a respeito do nível de certeza e incerteza no conhecimento dos perigos e riscos, conhecidos ou suspeitados, no local de trabalho.

### **Segredo Industrial ou Comercial**

7. Os profissionais de Saúde no Trabalho são obrigados a não revelar segredos industriais ou comerciais a que tenham acesso em função do exercício de suas atividades. No entanto, eles não podem omitir informação que seja necessária para proteger a saúde ou a segurança dos trabalhadores ou da comunidade. Quando necessário, os profissionais de Saúde no Trabalho devem consultar a autoridade competente, responsável pela aplicação da legislação relativa a esta matéria.

### **Vigilância da Saúde**

8. Os objetivos e os métodos da Saúde no Trabalho, assim como os procedimentos de vigilância da saúde devem ser claramente definidos, priorizando a adaptação dos locais de trabalho aos trabalhadores, os quais devem ser informados a respeito. A pertinência e a validade destes métodos e procedimentos devem ser avaliadas. A vigilância deve ser realizada com o consentimento informado dos trabalhadores. As consequências potencialmente positivas e negativas que podem advir de sua participação em programas de vigilância da saúde e da detecção precoce (*screening*) deveriam ser discutidas com os trabalhadores, como parte do processo de consentimento informado. A vigilância da saúde deve ser responsabilidade de um profissional de Saúde no Trabalho credenciado pela autoridade competente.

### **Informação ao Trabalhador**

9. Os resultados dos exames realizados dentro do contexto de vigilância de saúde [na empresa] devem ser explicados aos trabalhadores envolvidos. A avaliação da capacidade para um posto de trabalho específico, quando requerida, deve ser baseada no correto conhecimento das demandas do posto de trabalho, e na avaliação deste posto. Os trabalhadores devem ser informados sobre a possibilidade de recorrerem de conclusões médicas relativas à avaliação de sua capacidade para o trabalho, caso sejam contrárias ao seu interesse. Para tanto, devem ser definidos os procedimentos a serem seguidos na interposição de recursos a essas decisões.

### **Informação ao Empregador**

10. Os resultados dos exames prescritos pela legislação nacional ou por normas específicas devem ser transmitidos à administração da empresa exclusivamente em termos da capacidade para o exercício da função pretendida, ou de contraindicações de ordem médica a determinadas condições de trabalho e/ou exposições ocupacionais, elaborando, neste caso, propostas de adaptação de tarefas e condições de trabalho às habilidades do trabalhador. Informações de caráter geral sobre a capacidade de trabalho, no que se refere às condições de saúde, ou sobre prováveis ou potenciais efeitos adversos sobre a saúde [do candidato] podem ser providas ao empregador, após o consentimento informado do trabalhador em questão, e apenas quando este procedimento for necessário para garantir a proteção da saúde do trabalhador.

### **Danos a Terceiros**

11. Onde o estado de saúde do trabalhador e a natureza do trabalho realizado oferecem perigo à segurança de terceiros, o trabalhador deve ser claramente informado sobre a situação. No caso de circunstâncias particularmente perigosas, a administração e, se assim previsto na legislação vigente, a autoridade competente, deve ser informada sobre as medidas necessárias para salvaguardar outras pessoas. Na orientação que vier a dar, o profissional de Saúde no Trabalho deve tentar compatibilizar o emprego do trabalhador com a saúde e segurança de outras pessoas suscetíveis aos perigos ou riscos.

### **Monitorização Biológica e Investigações**

12. Os exames biológicos e outras pesquisas de laboratório devem ser escolhidos em função de sua validade e de sua capacidade de assegurar a proteção da saúde do trabalhador, levando em conta a sensibilidade, a especificidade, e o valor preditivo destes exames. Os profissionais de Saúde no Trabalho não devem utilizar exames de *screening* ou testes laboratoriais que não são confiáveis ou que não têm suficiente valor preditivo para o que é requerido em função do posto de trabalho específico. Sendo possível escolher, e sempre que apropriado, deve ser dada preferência a métodos não invasivos e a exames que não oferecem risco à saúde dos trabalhadores. A indicação de algum exame invasivo ou que oferece algum grau de risco para o trabalhador somente pode ser feita após a avaliação dos benefícios e dos riscos. Tais exames, se indicados, devem ser precedidos do consentimento informado do trabalhador, e devem ser realizados segundo os mais elevados padrões profissionais. Estes exames não podem ser justificados por razões de seguro ou estar relacionados a pedidos de benefícios de seguro.

### **Promoção da Saúde**

13. Quando engajados em atividades de educação para a saúde, promoção de saúde, detecção precoce de doenças (*screening*) e programas de Saúde Pública, os profissionais de Saúde no Trabalho devem buscar a participação tanto de empregadores como de trabalhadores, para o planejamento destes programas e para sua implementação. Devem também proteger a confidencialidade dos dados pessoais de saúde dos trabalhadores envolvidos, e evitar que se faça seu mau uso.

## **Proteção da Comunidade e do Meio Ambiente**

14. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem estar conscientes de seu papel na proteção da comunidade e do meio ambiente. Dentro do escopo de sua contribuição à Saúde Pública e à Saúde Ambiental, os profissionais de Saúde no Trabalho devem promover e participar, de forma apropriada, dos processos de identificação, avaliação e informação, desempenhando um papel de orientação e aconselhamento, visando a prevenir os riscos ocupacionais e ambientais decorrentes dos processos de trabalho ou das operações realizadas na empresa.

## **Contribuição para o Conhecimento Científico**

15. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem comunicar, de forma objetiva, a comunidade científica, assim como as autoridades de Saúde e do Trabalho, sobre achados de novos riscos ocupacionais, suspeitados ou confirmados. Eles devem, também, informar sobre medidas de prevenção, novas e adaptadas. Os profissionais de Saúde no Trabalho que realizam atividades de pesquisa devem planejar e desenvolver suas atividades em bases científicas sólidas, com completa independência profissional, e seguindo princípios éticos relativos à pesquisa, incluindo os princípios éticos que regem a pesquisa em geral e a pesquisa médica, em particular, abertos para a possibilidade de serem avaliados por comitês de ética independentes.

# **CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DAS FUNÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO**

## **Competência, Integridade e Imparcialidade**

16. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem sempre agir, acima de tudo, no interesse da saúde e da segurança dos trabalhadores. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem fundamentar seus julgamentos em bases científicas e com competência técnica, recorrendo, se necessário, ao assessoramento de especialistas ou consultores. Devem, também, se abster de emitir qualquer juízo ou parecer ou realizar alguma atividade que possa comprometer a confiança em sua integridade e imparcialidade.

## **Independência Profissional**

17. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem conseguir e manter total independência profissional, observando, na execução de suas funções, as regras de confidencialidade. Sob nenhuma circunstância deverão permitir que seus julgamentos e suas posições venham a ser influenciados por algum conflito de interesses, particularmente no exercício de sua função orientadora e assessora aos empregadores, aos trabalhadores e seus representantes, no que se refere aos riscos ocupacionais e a situações de evidente perigo para a saúde ou segurança.

## **Equidade, Não discriminação e Comunicação**

18. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem construir uma relação de confiança e de equidade com as pessoas para as quais prestam serviços profissionais. Todos os trabalhadores deveriam ser tratados de maneira equânime, sem qualquer forma de discriminação em função de suas condições [socioeconômicas], suas convicções, ou quanto à natureza da doença ou o motivo que os levam à consulta com os profissionais de Saúde no Trabalho. Os profissionais de saúde devem estabelecer e manter vias claras de comunicação entre eles próprios, com os altos dirigentes da empresa em posições de decisão sobre a organização do trabalho e as condições e ambientes de trabalho, bem como com representantes dos trabalhadores.

## **Cláusula sobre Ética em Contratos de Trabalho**

19. Sempre que apropriado, os profissionais de Saúde no Trabalho devem requerer a inclusão de uma cláusula sobre ética, em seus contratos de trabalho. Tal cláusula de ética deveria estabelecer, em particular, seu direito de cumprir normas de exercício profissional, diretrizes e códigos de ética de suas respectivas profissões. Estes profissionais não devem aceitar condições de prática profissional que estejam em desacordo com o cumprimento dos padrões profissionais e princípios éticos. Os contratos de trabalho deveriam especificar condições legais, contratuais e éticas, e em particular, no que se refere a conflitos, ao acesso a dados, e à confidencialidade. Os profissionais devem ter certeza de que seu contrato de emprego não contém cláusulas que poderiam limitar sua independência profissional. Em caso de dúvida, os termos do contrato devem ser verificados e discutidos com a autoridade competente.

## **Registros e Arquivos de Dados**

20. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem manter, com o apropriado grau de confidencialidade, arquivos e registros que os ajudem na tarefa de identificar problemas de Saúde na empresa. Estes registros incluem dados sobre a vigilância dos ambientes de trabalho; dados pessoais tais como a história profissional; dados e informações de interesse de saúde do trabalhador, tais como registros de exposição

ocupacional, resultados de monitoração pessoal de exposição, e atestados de capacidade para o trabalho. Os trabalhadores devem ter o direito de acesso aos documentos e informações que lhes dizem respeito.

### **Confidencialidade Médica**

21. Os dados individuais relativos a exames médicos e a exames de laboratório devem ser arquivados em arquivos médicos confidenciais, os quais devem ser mantidos de forma segura, sob a responsabilidade de médico do trabalho ou enfermeiro do trabalho. O acesso aos prontuários médicos, sua transmissão, assim como a liberação de informações neles contidas, devem ser manejados de acordo com a legislação nacional pertinente, se existente, e de acordo com códigos de ética das profissões de saúde. As informações contidas nestes prontuários devem ser utilizadas exclusivamente para propósitos de Saúde no Trabalho.

### **Informações de Saúde de Natureza Coletiva**

22. Garantida a impossibilidade de identificação individual, dados e informações de saúde, de natureza coletiva ou populacional, podem ser fornecidos à administração da empresa, aos representantes dos trabalhadores no local de trabalho, ou aos Comitês de Saúde Segurança (se existentes), com o propósito de ajudá-los em suas obrigações relativas à proteção da saúde e segurança dos trabalhadores. Acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho devem ser notificados às autoridades competentes, de acordo com a legislação nacional pertinente.

### **Relações com Profissionais de Saúde**

23. Os profissionais de Saúde no Trabalho não devem buscar informações pessoais que não sejam relevantes para os propósitos da proteção da saúde dos trabalhadores, em sua relação com o trabalho. Entretanto, os médicos do trabalho podem buscar informação médica adicional ou informações registradas em prontuários do trabalhador, que estejam com seu médico particular ou com o hospital onde costuma ser atendido, desde que haja o consentimento informado do trabalhador, e desde que o único propósito seja o de proteger a saúde deste trabalhador. Neste caso, o médico do trabalho deve informar ao médico particular ou ao seu colega no hospital, sobre o papel do médico do trabalho, e sobre o motivo que o leva a buscar estas informações com seus colegas. Com o consentimento do trabalhador, o médico do trabalho pode, se necessário, informar o médico particular do trabalhador ou a equipe médica do hospital onde o trabalhador costuma ser atendido, sobre algum dado relevante de saúde, ou sobre riscos ocupacionais a que o trabalhador está exposto, ou sobre condições de trabalho que possam significar um risco particular para a saúde deste trabalhador.

### **Combate a Abusos**

24. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem colaborar com outros profissionais de saúde na proteção da confidencialidade de dados de saúde e informações médicas concernentes aos trabalhadores. Ocorrendo problemas de particular importância, os profissionais de Saúde no Trabalho devem informar as autoridades competentes, sobre procedimentos ou práticas vigentes, que em sua opinião, contrariam os princípios de ética estabelecidos neste Código. Isto diz respeito, de forma especial, à utilização inadequada ou abusiva de dados de Saúde no Trabalho, de dissimulação ou retenção de observações, de violação do segredo médico ou de uma proteção insuficiente de prontuários e arquivos médicos, especialmente no que concerne à informação inserida e armazenada em sistemas computadorizados de informação.

### **Relacionamento com Outros Atores Sociais**

25. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem promover a conscientização dos empregados e dos trabalhadores e seus representantes, sobre a necessidade e a importância da plena independência profissional, assim como da não interferência na confidencialidade médica, a fim de que se mantenha o respeito à dignidade humana, e se aperfeiçoe a aceitação e a eficácia do exercício da Saúde no Trabalho.

### **Promoção da Ética e de Auditorias Profissionais**

26. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem procurar o apoio e a cooperação dos empregadores, dos trabalhadores e seus representantes, assim como das autoridades competentes, para a implementação dos mais altos padrões de ética no exercício das profissões de Saúde no Trabalho. Os profissionais de Saúde no Trabalho devem instituir um programa de auditoria profissional de suas próprias atividades, a fim de garantir que estes padrões estão sendo alcançados, e que em caso de existir alguma deficiência, ela possa ser detectada e corrigida, e que possam ser tomados os passos para garantir o melhoramento contínuo do desempenho profissional.

1. International Code of Medical Ethics, adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, Oct. 1949, amended by the 22<sup>nd</sup> World Medical Assembly, Sydney, Australia, Aug. 1968, and the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, Oct. 1983.
2. Declaration of Helsinki: Recommendations guiding medical doctors in biomedical research involving human subjects, adopted by the 18<sup>th</sup> World Medical Assembly, Finland, 1964, and as revised by the 29<sup>th</sup> World Medical Assembly, Tokyo, Japan, 1975 and the 41<sup>st</sup> World Medical Assembly, Hong Kong, Sep. 1989.
3. Copenhagen Health Charter (as adopted at Brussels, 1969, and revised at Copenhagen, 1979, and Dublin, 1980), Standing Committee of Doctors of the EEC, CP 80-1-182, 11 Dec. 1980.
4. Code of Ethics for the Safety Profession, American Society of Safety Engineers, adopted by the ASSE Assembly in 1974.
5. Code of Ethical Conduct for Physicians Providing Occupational Medical Services, adopted by the Board of Directors of the American Occupational Medical Association (AOMA) on 23 July 1976. Reaffirmed by the Board of Directors of the American College of Occupational Medicine on 28 Oct. 1988.
6. Code de Déontologie médicale, Conseil national de l'Ordre des Médecins, Décret no. 95-1000 portant Code de déontologie médicale, (J. O. de la République française du 8 septembre 1995)
7. Code of Ethics, American Association of Occupational Health Nurses, adopted by the AAOHN Executive Committee in 1977 (revised 1991, JOEM, vol. 38, No. 9, Sep. 1996).
8. Guidance on ethics for occupational physicians, Royal College of Physicians of London, Faculty of Occupational Medicine, 3<sup>rd</sup> edition, Dec. 1986; 4<sup>th</sup> edition, Nov. 1993 (first published in 1980).
9. Occupational Health Services Convention (No. 161) and Recommendation (No.171), 1985, International Labour Organization, ILO, Geneva.
10. Ottawa Charter for Health Promotion, International Conference on Health Promotion: The move towards a new public health, Ottawa, Canada, 17-21 Nov. 1986.
11. Ethics for occupational health physicians. A Report prepared by the Australian College of Occupational Medicine, Melbourne, Feb., 1987.
12. Ethics in occupational epidemiology (proposed supplementary note to NII and MRC report on ethics in epidemiological research), The Australian College of Occupational Medicine.
13. Provision of occupational health services: A guide for physicians, Canadian Medical Association, Dec. 1988.
14. Professional practice and ethics for occupational health nurses, in "A guide to an occupational health service: A handbook for employers and nurses". Published for the Royal College of Nursing by Scutari Projects, London, 2<sup>nd</sup> edition, 1991.
15. International guidelines for ethical review of epidemiological studies, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), Geneva, 1991.
16. "Ethical guidelines for epidemiologists", Tom L. Beauchamp et al, in J. Clin. Epidemiol. Vol. 44, Suppl. 1, pp. 151S-169S, 1991.
17. "Guidelines for good epidemiology practices for occupational and environmental epidemiologic research", in Journal of Occupational Medicine, Vol. 33, N°. 12, Dec 1991.
18. Guidelines for the conduct of research within the public health service, US Department of Health and Human Services, 1 Jan. 1992.
19. Ethical issues in epidemiological research, COMAC Epidemiology - Workshop on issues on the harmonization of protocols for epidemiological research in Europe, Commission of the European Communities, 1992.
20. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), Geneva, 1993.
21. Code of Ethics for members of the International Occupational Hygiene Association, IOHA, May, 1993.
22. Code of practice in the use of chemicals at work: A possible approach for the protection of confidential information (Annex), ILO, Geneva, 1993.
23. Statement on safety in the workplace, The World Medical Association Inc., 45<sup>th</sup> World Medical Assembly, Budapest, Hungary, Oct. 1993.
24. Patients' Bill of Rights, Association of Occupational and Environmental Clinics (AOEC), Washington, DC, adopted 1987, revised 1994.
25. Integrity in research and scholarship – A tri-council policy statement, Medical Research Council of Canada, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, Jan. 1994.
26. Code of professional ethics for industrial hygienists, American Industrial Hygiene Association (AIHA), American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH), American Academy of Industrial Hygiene (AAIH) and American Board of Industrial Hygiene (ABIH), Brochure developed by the AIHA Ethics Committee, 1995/96.
27. "Code of Ethical Conduct of the American College of Occupational and Environmental Medicine" (ACOEM), 1993, in JOEM, Vol. 38, No. 9, Sep. 1996.
28. "AOEC position paper on the organizational code for ethical conduct", C. Andrew Brodtkin, Howard Frumkin, Katherine H. Kirkland, Peter Orris and Maryjeson Schenk, in JOEM, Vol. 38, No. 9, Sep. 1996.
29. Code of practice on the protection of workers' personal data, ILO, Geneva, 1997.
30. Code d'éthique de l'hygiéniste du travail, Société suisse d'hygiène du travail, SSHT 2/97.
31. The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21<sup>st</sup> century, Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, July 1997.
32. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, European Network for Workplace Health Promotion,

Luxembourg, Nov. 1997.

33. Technical and ethical guidelines on workers' health surveillance, Occupational Safety and Health Series No. 72, ILO, Geneva, 1998.
34. Guidelines on financing meeting, ICOH Quarterly Newsletter, 1998.
35. Recommendations: Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie, ADELFI, ADEREST, AEEMA, EPITER, Dec. 1998.
36. "Code du déontologie de la FMH", Directive à l'intention des médecins du travail (Annexe 4), Bulletin des médecins suisses, pp. 2129-2134, 1998: 79, No. 42.
37. Code of Conduct of the Fédération Européenne des Associations Nationales d'Ingénieurs (FEANI), 1999.
38. Medical examinations preceding employment and/or private insurance: A proposal for European guidelines, Council of Europe, Apr. 2000.

---

<sup>1</sup> Tradução não oficial feita pelo Prof. René Mendes, Presidente da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT – Brasil); membro associado da Comissão Internacional de Saúde no Trabalho (ICOH), e membro de seu Conselho de Administração (Board), 2003-2006.

<sup>2</sup> Esta seção foi mantida sem tradução, copiando-se da versão inglesa do Código, como se encontra na publicação oficial da ICOH.

---

## SALMO PARA UM INDIGENTE

Somos, pelo desespero e pela fé, amigos e irmãos.

Tua serenidade e tua crença gravarão na minha alma o selo da esperança.

Vigiarei teu sofrer, enxugarei teu pranto e meditarei em teu coração, assim a luz do teu sorriso, como uma tocha, transpassará a escuridão iluminando meu caminho.

Fica mais perto de mim para que a Morte não te toque.

Tua ânsia é a minha ânsia, teu sofrer, o meu sofrer, tua hora, a minha hora.

Se não puderes esperar um pouco mais para respirar a emoção de outros instantes, e quando te transformares em luz, deixa que eu seja o anjo de tua derradeira ilusão.

*Genival Veloso de França*

---

## SALMO PARA UM CADÁVER DESCONHECIDO

Tu és meu pai e meu irmão. Tu és meu amigo.

Sorvo da tua morte a lição ansiosa para socorrer e aliviar.

No mármore frio, onde repousou teu corpo, debrucei minha alma e meditei em teu coração.

Não tiveste o descanso da sepultura. Não ouviste uma prece. Não escutaste o nome de Deus na última hora.

Morreste triste, só e esquecido. Sem a luz mortiça de uma vela nem uma lágrima a escorrer pela face de alguém.

Mas o crepe do esquecimento não vai te envolver. Tua lembrança gravará meu espírito, que não morre e ficará.

E no ocaso do derradeiro dia, onde todos estarão, e quando te transformares em luz, consente que eu seja o teu anjo.

*Genival Veloso de França*

---

## SALMO PARA UM DEFICIENTE

Deixa que te olhe e sinta que somos uma só e mesma coisa.

O viver não está apenas no que os olhos enxergam nem no que as mãos alcançam, mas numa alma que teima e não se entrega.

Deixa que te ajude, pois somente assim poderei merecer um mundo de outras visões e descobrir o segredo da esperança.

*Genival Veloso de França*

---

## BIBLIOGRAFIA

- ACHIVAL, A. *Responsabilidad civil del médico*. 2. ed. Buenos Aires: Abelardo Perrot, 1992.
- ADRIASOLA, G. *Secreto médico, encubrimiento y omisión de denuncia*. Montevideo: Carlos Alvarez Ed., 2008.
- AGUIAR DIAS, J. *Cláusula de não indenizar*. Rio de Janeiro: Forense, 1976.
- \_\_\_\_\_. *Da responsabilidade civil*. 50. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1973. 2 v.
- ALBANESE, S. *Casos médicos*. Buenos Aires: La Rocca, 1994.
- ALCÂNTARA, H. R. *Deontologia e diceologia*. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidade médica*. Rio de Janeiro: José Konfino, 1971.
- ALMEIDA JÚNIOR, A. *As provas genéticas da filiação*. São Paulo: Edição do Autor, 1941.
- \_\_\_\_\_; COSTA JÚNIOR, J. B. de O. *Lições de medicina legal*. 13. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.
- ALTERINI, A. *Responsabilidad civil*. 2. ed. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1995.
- ALVES, R. B. *O novo Código Penal brasileiro*. Recife: Companhia Editora de Pernambuco (CEPE), 1970.
- AMARAL, J. P. *A responsabilidade profissional dos médicos e enfermeiros*. Coimbra: Ed. do autor, 1983.
- ANDRADE, M. C. *Direito penal médico*. Coimbra: Coimbra Ed., 2004.
- ANUNZIAT, L. *El conflicto en la relación médico-paciente*. San Isidro: Centro Norte, 2001.
- ASSIS, A. O. *Compêndio de seguro social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1963.
- ASSIS, L. J. *Libertad de amar y derecho de morir*. 6. ed. Buenos Aires: Losada, 1946.
- AVECONE, P. *La responsabilit  penale del médico*. Padova: Francesco Villari, 1981.
- AZEVEDO, J. B. *Dicionário de medicina legal*. Bauru: Jalovi, 1967.
- BANDEIRA, A. C. P. *Consentimento no transplante de  rg os*. Curitiba: Juruá, 2001.
- BARROS JR., E. A. *A responsabilidade civil do médico: uma abordagem constitucional*. São Paulo: Atlas, 2007.
- BASTOS, CR. *Curso de direito administrativo*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- BA , M. K. *O contrato de assistência médica e a responsabilidade civil*. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- BAYON, J. G. *Medicina y moral*. Buenos Aires: Poblet, 1946.
- BENJAMIN, A. H. V. et al. *Comentários ao Código de Prote o ao Consumidor*. São Paulo: Saraiva, 1991.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- BIZATTO, J. I. *Eutanásia e responsabilidade médica*. Porto Alegre: Sagra, 1990.
- BLOISE, W. *A responsabilidade civil e dano médico*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- BOLADO, L. *Los médicos y el Código Penal*. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1981.
- BOUZON, E. *O Código de Hammurabi*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BRANDÃO, R. *Direitos e deveres dos médicos*. Campo Grande: RB Editora, 1995.
- BRIZ, J. S. *La responsabilidad civil*. 2. ed. Madrid: Montecorvo, 1977.
- BROUARDEL, P. *La responsabilit -médicale*. Paris: Librairie J. B. Bailli re et Fils, 1898.
- BRUNO, A. *Direito penal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.
- BUERES, A. J. *Derecho de danos*. Buenos Aires: Hamurabi, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidad civil de las clínicas e establecimientos médicos*. Buenos Aires: Ábaco, 1981.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidad civil de los médicos*. 2. ed. Buenos Aires: Hamurabi, 1994.
- \_\_\_\_\_; ZAFFARONI, E. R. *Responsabilidad médica: aspectos civiles e penales*. Buenos Aires: Hamurabi, 2000.
- CAHALI, Y. S. *Dano e indeniza o*. São Paulo: RT, 1989.
- CALABUIG, J. A. G. *Medicina legal y toxicologia forense*. Barcelona: Masson, 2004.
- CAL N, E. C. *Tres temas penales*. Barcelona: Bosch, 1995.
- CAMARGO JÚNIOR, B. S. *Aulas de medicina legal*. 3. ed. Goiânia: Dom Bosco, 1979.

- CAMPOS, J. Q.; CAMPOS J. Q. *O hospital: a ética e a lei*. São Paulo: LTr, 1976.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CARDOSO JÚNIOR, M. *O exercício legal da medicina e os honorários médicos*. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1955.
- CARVALHAES, C. C. J.; PETRONI, P. M. C. *Medicina e direito: responsabilidade civil do médico*. São Paulo: Biosintética, 1998. v. 1 e 2.
- CARVALHO, H. V. *Criminalidade*. São Paulo: Resenha Universitária, 1975.
- CARVALHO, L. C. *A ética dos profissionais de saúde: coletânea da legislação*. Rio de Janeiro: Forense, 2000.
- \_\_\_\_\_. *O novo Código Penal*. São Paulo: Edição do Autor, 1976.
- CASABONA, C. M. R. *El Medico ante el derecho*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- CASTELO BRANCO, E. *Do seguro obrigatório de responsabilidade civil*. Rio de Janeiro: Ed. Jurídica e Universitária, 1971.
- CECHINE, A. L. *Ética en medicina*. Barcelona: Editorial Científico-Médico, 1973.
- CENEVIVA, W. *Segredos profissionais*. São Paulo: Malheiros, 1991.
- CHAIA, R. A. *Responsabilidad penal médica*. Buenos Aires: Hamurabi, 2006.
- CHAPUS, R. *Responsabilité publique et responsabilité privée*. Paris: Librairie Générale de Droit et Jurisprudence, 1954.
- CLOT, J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- CORTÉS, J. C. G. *Aspectos legales de la relación clínica*. Madrid: Jarpyo, 2000.
- \_\_\_\_\_. *La responsabilidad civil del médico*. Madrid: Jarpyo, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. Madrid: Civitas, 2001.
- COUTINHO, L. M. *Código de Ética Médica comentado*. São Paulo: Saraiva, 1989.
- COSTA, JR. *Profissões liberais: autonomia*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.
- DARUGE, E.; MASSINI, N. *Direitos profissionais na Odontologia*. São Paulo: Edição Saraiva, 1978.
- DEROBERT, L. *Droit médical et déontologie médicale*. Paris: Flammarion Médecin-Sciences, 1974.
- DIAS, J. A. *Procriação assistida e responsabilidade médica*. Coimbra: Coimbra Editora, 1996.
- DIAS, T. O. *Embriaguez alcoólica*. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1955.
- DIERKENS, R. *Le droit sur le corps et le cadavre de l'homme*. Paris: Masson, 1966.
- DRUMOND, J. G. F. *O "ethos médico": a velha e a nova moral médica*. Montes Claros: Unimontes, 2003.
- \_\_\_\_\_. Montes Claros: Edimontes, 2005.
- ESCARDÓ, F. *Moral para médicos*. Buenos Aires: Colección Ensayos, Editorial Universitaria, 1963.
- FACIO, J. P. *Responsabilidad extracontratual*. Montevideo: Ed. Barreiro e Ramo, 1954.
- FÁVERO, F. *Medicina legal*. 8. ed. São Paulo: Martins, 1972.
- FERNANDES, P. S. L. *Aborto e infanticídio*. São Paulo: Sugestões Literárias, 1972.
- FERRAZ, S. *Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução*. Porto Alegre: Fabris, 1991.
- FERREIRA, A. A. *Da perícia médico-legal na investigação forense*. São Paulo: RT, 1962.
- FERREYRA, V. R. *Prueba de la culpa médica*. Buenos Aires: Hammurabi, 1993.
- FIGUEIREDO, A. M. *Direito sanitário. Direito médico: implicações éticas e jurídicas nas práticas médicas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- \_\_\_\_\_; FREIRE; LANA, R.L. *Profissões da saúde*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- FIGUEIREDO DIAS, J.; MONTEIRO, J. S. *Responsabilidade médica em Portugal*. Lisboa: Boletim do Ministério da Justiça, 1984.
- FILLIPPI, A. *Medicina legale*. 2. ed. Firenze: Babièrre Editore, 1982.
- FOURNIER, E. *Éléments de médecine légale*. Flammarion Médecine-Sciences, 1973.
- FRANÇA, G. V. *AIDS: um enfoque ético-político. Revista Brasileira da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, n. 26 (3), p. 187-192, jul.-set. 1993.
- \_\_\_\_\_. *Comentários ao Código de Ética Médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (I)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (II)*. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 1983.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (III)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IV)*. João Pessoa: Editora Universitária, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (V)*. Recife: Edupe, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (VI)*. Recife: Edupe, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (VII)*. Recife: Edupe, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (VIII)*. Recife: Edupe, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (IX)*. Recife: Edupe, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Flagrantes médico-legais (X)*. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Fundamentos de medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Medicina legal*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Noções de jurisprudência médica*. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 1981.

- \_\_\_\_\_. *Pareceres*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (II)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Pareceres (IV)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- FREITAS FILHO, J. H. *Bioética*. Belo Horizonte: Interlivros Jurídica, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Três temas médicos*. Belo Horizonte: Edição do Autor, 1973.
- GAFO, J. *El aborto y el comienzo de la vida humana*. Santander: Ed. Sal Terrae, 1979. GALÁN CORTÉS, J. C. *Responsabilidad médica*. Madrid: Aranzadi, 2005.
- GALVÃO, L. C. C. *Medicina legal*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2012.
- GAMA, J. S. *Confissão penal e direitos humanos*. Duque de Caxias: Ars Gráfica Editorial, 1979.
- GIOSTRI, H. T. *Erro médico*. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2003
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidade médica*. Curitiba: Juruá, 2003.
- GOMES, H. *Medicina legal*. 12. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1972.
- GOMES, O. *Obrigações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1972.
- GUIMARÃES, L. C. *Inseminação artificial criminosa*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1978.
- HAERING, B. *Medicina e manipulação*. São Paulo: Paulinas, 1977.
- HORST, F. D. *Tratamento da dor crônica*. São Paulo: Manole, 1977.
- HUNGRIA, N. *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1962.
- JESUS, D. E. *Direito penal*. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- ITURRASPÉ, J. M. *Responsabilidade civil del médico*. Buenos Aires: Astrea, 1979.
- JARAMILLO, J. T. *Sobre la prueba de la culpa médica*. Medellín: Biblioteca Jurídica Díké, 2001.
- JORNET, J. *Malpraxis: aspectos legales en la relación médico-paciente*. Barcelona: Ancora, 1996.
- KFOURI NETO, M. *Culpa médica e ônus da prova*. São Paulo: RT, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidade civil do médico*. 5. ed. São Paulo: RT, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidade civil dos hospitais*. São Paulo: RT, 2010.
- LAVENHAGER, A. J. S. *Código Civil: comentários didáticos*. São Paulo: Atlas, 1993.
- LEITE, W. G. *Odontologia legal*. Salvador: Era Nova, 1962.
- LEVIT, L. *Medicina legal*. Buenos Aires: Orbir, 1969.
- LIMA, E. *Direitos e deveres do médico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1962.
- LOPES, O. C. *A medicina no tempo*. São Paulo: Melhoramentos, 1970.
- LOPEZ-MUÑOZ Y LARRAZ, G. *Defensas en las negligencias médicas*. Madrid: Dikyson, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Em defensa del paciente*. Madrid: Dikyson, 1998.
- LORENZETTI, R. L. *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: Colofón/Rubinzal, 2004.
- MACHADO, U. *Indústria da droga*. São Paulo: Fulgor, 1963.
- MACIVER, L. C. *Manual de medicina legal*. Santiago: Jurídica de Chile, 1974. (Colección Manuales jurídicos, 21.)
- MAGALHÃES, J. C. *A responsabilidade penal dos médicos*. São Paulo: Saraiva, 1946.
- MAGALHÃES, T. A. L. *O dano estético*. São Paulo: RT, 1980.
- MALHERBE, J. *Médecin et droit moderne*. Paris: Masson, 1968.
- MARAÑÓN, G. *La Medicina y los médicos*. Madrid: Espasa Calpe, 1962.
- MARTIN, E. *Précis de déontologie et médecine professionnelle*. Paris: Masson, 1923.
- MARTIN, L. M. *A ética médica diante do paciente terminal*. Aparecida: Editora Santuário, 1993.
- MILANESI, M. L. *O aborto provocado*. São Paulo: Pioneira, 1970.
- MIRABETE, J. F. *Manual de direito penal*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Processo penal*. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MONTALVÃO, A. S. *Erro médico: teoria, legislação e jurisprudência*. Campinas: Julex, 1998.
- MONTEIRO, W. B. *Curso de direito civil*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1968.
- MORAES, I. N. *Erro médico*. São Paulo: Maltese, 1991.
- MORAU, L. G. *La responsabilidad civil del médico*. Barcelona, 1990.
- MOREIRA, O. P. *O sangue e os grupos sanguíneos humanos em medicina legal*. Belo Horizonte: Edição do Autor, 1965.
- MORENO, G. *Temas de medicina legal*. Salvador: Livraria Regina, 1960.
- MOURÃO, J. C. (Org.). *Clínica e política 2*. Rio de Janeiro: Abaquer, 2009.
- NEUSCHLOSZ, S. M. *La medicina como ciencia y como actividad social*. Buenos Aires: Losada, 1944.
- NORONHA, E. M. *Direito penal*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.
- PACIONIK, M. *Erros médicos*. Curitiba: Artesanal, 1982.
- PACHECO, M. V. A. *A máfia dos remédios*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

- PADUA, A. R. M. *Responsabilidade civil na reprodução assistida*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- PALMIERI, V. M. *Medicina legal canonística*. Citté di Castello e Bori: Casa Edit. Dott Luizzi Macri, 1946.
- PEINADOR, A. *Moral profissional*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1962.
- PENASCO, W. L. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- PEREIRA, A. G. D. *O consentimento informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil*. Coimbra: Coimbra Ed., 2004.
- PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola, 2001.
- PINTO E COSTA, J. *Responsabilidade médica*. Porto: Felício & Cabral Publicações, 1996.
- PRADEL, J. *La condition civile du malade*. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1963.
- RAZETTI, L. *Moral médica*. Caracas: Imprensa Nacional, 1957.
- REJOS, N. *Medicina legal*. Buenos Aires: Ateneo, 1953.
- RESTREPO, M. P. C. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Santa Fé de Bogotá: Temis, 1997.
- REVEU, M. S. *El delito de aborto*. Santiago: Editorial Jurídico de Chile, 1967.
- RIBEIRO, G. S.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. *Legislação de enfermagem*. Fortaleza: Almeida Gráfica e Editora, 1996.
- ROCHA, C. R. C. *A responsabilidade civil decorrente do contrato de serviços médicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- RODRIGUES, M. S. V. S. L. *ABC do processo penal*. 6. ed. São Paulo: RT, 1986.
- ROMEIRO, V. R. *Legislação médica*. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ROSÁRIO, G. C. M. *A perda da chance de cura na responsabilidade civil médica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- ROSPIGLIOSI, E. V. *Derecho genético*. Lima: Grujley, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Derecho médico peruano*. Lima: Fondo Editorial Universidad de Lima, 2001.
- ROVIRA, G. B. *Medicina legal, derecho médico y aspectos bioéticos*. Montevideo: Fundación Cultura Universitaria, 2013.
- SALLES, P. *História da medicina no Brasil*. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2004.
- SANTANA, N. *Controvérsias em medicina legal*. Rio de Janeiro: Biblioteca Jurídica Freitas Bastos, 1988.
- SAVATIER, R. *Traité de droit médical*. Paris: Librairie Techniques, 1956.
- SCLIAR, M. *Cenas médicas: uma introdução à história da medicina*. Porto Alegre: Artes e Ofício, 2002.
- SEBASTIÃO, J. *Responsabilidade médica civil, criminal e ética*. Belo Horizonte: Del Rey, 1998.
- \_\_\_\_\_. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- SILVA, M. G. R. *Prática médica, dominação e submissão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- SILVA, M. N. *A embriaguez e o crime*. Rio de Janeiro: Forense, 1973.
- SILVA, M. P. *Medicina legal*. Rio de Janeiro: Itambé, 1974.
- SILVA, W. M. *O dano moral e sua reparação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1969.
- SOARES, F. P. *Responsabilidade civil por dano existencial*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.
- SOTO, R. A. *El seguro de la culpa*. Madrid: Montecorvo, 1977.
- SPORKEN, P. *Medicina y ética en discusión*. 2. ed. Santiago: Verbo Divino, 1982.
- SPROVIERO, Juan H. *Mala Práxis: protección jurídica del médico*. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1994.
- SZAFIR, D.; SILVA, C. *Error quirúrgico inexcusable: a quien demandar?* Montevideo: FCU, 1998.
- TEIXEIRA, J. *Notas jurídicas sobre o prontuário do paciente*. São Paulo: Pró-Saúde, 2007.
- TEIXEIRA, S. F. (Coord.). *Direito e medicina*. Belo Horizonte: Del Rey, 2008. (Obra coletiva.)
- TODOLI, O. P. J. *Ética dos transplantes*. São Paulo: Herder, 1968.
- TOURDES, G. *Traité de médecine légale*. Paris: Asselin et Mouzean Editeurs, 1896.
- URBAN, C. A. *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- URRUTIA, A. R.; URRUTIA, D. M.; URRUTIA, C. A.; URRUTIA, D. A. *Responsabilidad médico-legal de los anestésistas*. Buenos Aires: La Roca, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidad médico-legal de los obstetras*. Buenos Aires: La Roca, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Responsabilidad médico-legal de los traumatólogos*. Buenos Aires: La Roca, 1995.
- VAGUEZ, R. A. *Responsabilidade por atos médicos: problemas de prueba*. Madrid: Civitas, 1999.
- VARGA, A. C. *Problemas de bioética*. São Leopoldo: Gráfica Unisinos, 1990.
- VASCONCELOS, G. *Lições de medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1976.
- VERÇOSA, H. M. D. A proteção do consumidor. *Revista de Direito Mercantil*, v. 75, jul.-set. 1989.
- VIANA, M. G. *Ética geral e profissional*. Porto: Livraria Figueirinhas, 1976.
- VIBERT, C. T. *Précis de Médecin Légale*. Paris: Librairie J. B. Bullière, 1917.
- VIEIRA, L. C. *Responsabilidade civil médica e seguro*. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.
- VIEIRA NETO, M. A. *Código de Processo Civil*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1973.
- VIEIRA, S.; HOSSUE, W. S. *Experimentação com seres humanos*. São Paulo: Moderna, 1987.
- VIEIRA, S. N.; QUINTERO, J. A. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil*. Lisboa: Biblioteca Seguros, 2008.
- YUNGANO, A.; LOPEZ, B.; PIQGI, V.; BRENO, A. *Responsabilidad penal de los médicos*. Buenos Aires: Universal, 1982.

ZANNONI, E. A. *Inseminación artificial e fecundación extrauterina: proyecciones jurídicas*. Buenos Aires: Astrea, 1978.

ZEA, A. V. *Derecho civil*. Bogotá: Temis, 1974. t. III.

ZUCCHERINO, R. M. *La praxis médica en la actualidad*. Buenos Aires: Dapalma, 1994.

---

# ÍNDICE ALFABÉTICO-REMISSIVO

(Os números referem-se às páginas.)

## A

- Abandono do doente – 261  
Abandono de paciente – 290  
Aborto – 10, 11, 26, 28, 111, 119, 109, 159, 161, 180, 285, 332, 333, 336, 337, 338, 339, 347, 348, 350, 351, 352, 353, 354, 356, 357, 359, 361, 385, 387, 388, 389, 390, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 408, 411, 413, 414, 424, 425, 429, 431, 433, 434, 437, 439, 498, 525, 585, 638, 639, 647, 660, 661, 676, 690, 699, 717, 771  
Aborto criminoso – 256, 385, 387, 388, 395, 396, 398, 404, 405, 424, 433, 438, 439  
Aborto eugênico – 243, 385, 394, 402, 412  
Aborto legal – 385  
Aborto livre – 385, 396, 398, 404, 405  
Aborto por motivo de honra – 385, 396, 397  
Aborto sentimental – 385, 392, 393  
Aborto social – 385, 395  
Aborto terapêutico – 385, 388, 401, 405, 660  
Abuso de poder – 17, 240, 289  
Acidente imprevisível – 258, 259, 265  
Acupuntura – 43, 548  
Adoção de embriões – 377, 379, 363  
Adultério científico – 366  
AIDS – 22, 81, 125, 141, 142, 158, 163, 270, 294, 295, 645, 646, 670, 671, 672, 673, 674, 702, 703, 704, 720  
AIDS e ética médica – 163  
AIDS e sigilo profissional – 157  
AIH – 86  
Ajuste prévio de honorários – 181  
Alegação de erro médico – 239, 296  
Alienação da dor – 529, 550  
Alívio do sofrimento – 532, 541, 587  
Alta hospitalar – 239, 312, 589  
Aluguel do útero – 377  
Ama de sangue – 369  
Amniocentese – 355, 356, 647  
Amnioscopia – 355  
Anencéfalos – 388, 389, 390, 402, 495, 524, 525  
Anfalopagus – 554  
Animais em pesquisa biomédica – 639, 640  
Anistia Internacional – 481, 488  
Anomalias genéticas – 492, 666  
Anotações de penalidades – 39, 54

Antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia – 385, 389

Antinatalidade – 11, 419, 425, 430

Anúncio de meios anticoncepcionais – 433

Arbitragem médica – 239, 299

Assistência médica aos refugiados – 726

Assistentes técnicos – 5, 30, 172, 176, 180, 298, 724

Assuntos ambientais – 704, 705

Astúcia imperialista – 415, 428

Atestado de óbito – 57, 125, 128, 138, 140, 141, 179, 180, 559, 573, 578, 579, 580, 582

Atestado falso – 125, 128, 129, 136

Atestado gracioso – 128

Atestado imprudente – 128

Atestado para si mesmo – 125, 137

Atestado por especialista – 125, 137

Atestados de esterilidade – 125, 136

Atestados médicos – 133, 160, 402, 766

Ato médico – 23, 24, 33, 34, 39, 40, 55, 60, 61, 86, 88, 97, 101, 104, 162, 166, 178, 179, 180, 181, 203, 214, 219, 235, 239, 241, 249, 250, 251, 253, 254, 259, 265, 271, 273, 275, 278, 279, 283, 287, 289, 300, 301, 309, 312, 313, 318, 325, 327, 345, 346, 349, 366, 368, 546, 549, 610, 613, 631

Ato médico a pedido – 15

Ato médico como prática abusiva – 69, 90

Atos médicos perigosos e polêmicos – 331, 357

Atos profissionais – 8, 46, 136, 234, 274, 280, 358, 608, 615, 757, 760, 765

Auditoria médica – 41, 69, 86

Ausência de justa causa – 147

Autocontrole das espécies – 415, 420

Autoimplantação ovular – 368

Autorização do paciente – 146, 155, 614, 737

## B

Bancos de dados de DNA – 209, 222, 239, 310

Bancos de esperma – 365

Barriga de aluguel – 363, 368, 369

Bebê de proveta – 365, 665

Benemortásia – 539

Binômio mãe-feto – 340, 344, 347, 357

Bioética – 2, 27, 28, 31, 32, 38, 104, 116, 124, 143, 164, 237, 277, 350, 360, 361, 381, 414, 445, 477, 482, 539, 544, 556, 557, 558, 716, 770

Biópsia da vilosidade corial – 355

Biópsia da vilosidade coriônica – 356

Biópsia do embrião – 355, 357

Bloqueio anestésico – 548

Boa morte – 531, 534

Boicotes acadêmicos – 705

Boletim médico – 134, 160, 185, 200, 201, 208, 624

## C

Caçadores de genes – 492

Canibalismo científico – 380

Carteira de saúde de sequelados – 125, 131

Castigo cruel – 2, 220, 628, 629, 691, 692, 693, 711

Castração química – 209, 224, 225, 441

Cavidade amniótica – 355

Células-tronco – 36, 441, 443, 370, 372, 373, 484, 485, 486, 666, 667, 676

Células-tronco embrionárias – 441, 443, 465, 484, 485, 667  
Centrais de notificação, captação e distribuição – 498  
Cesárea a pedido – 16  
Cesárea post mortem – 559, 583  
Charlatanismo – 39, 57, 58, 256  
Ciência sem limites – 380  
Cirurgia da transexualidade – 317, 325, 327  
Cirurgia do lado errado – 266  
Cirurgia plástica – 12, 90, 238, 255, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 328, 329, 330, 526  
Cirurgia plástica nos Tribunais – 317, 327  
Cirurgia transexual – 326  
Clonagem humana – 363, 379  
Clonagem – 31, 380, 381, 379, 380, 527, 676, 691, 714, 727  
Cobaísmo humano – 380  
Cobrança de atestados – 179  
Cobrança de ato ilícito – 180  
Cobrança de embalsamamentos – 179  
Cobrança de exames periciais – 180  
Cobrança e êxito do serviço prestado – 181  
Cobrança e validade contratual – 180  
Cobrança judicial – 161, 165, 174, 737  
Cobranças individuais – 181  
CODAME – 187, 188, 189, 191  
Código de Ética de 1988 – 5, 34  
Código de Ética do Estudante de Medicina – 281, 314, 765  
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – 769, 776  
Código de Ética Farmacêutica – 747  
Código de Ética Médica – 7, 32, 33, 34, 35, 38, 45, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 60, 67, 70, 88, 91, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 110, 113, 123, 125, 127, 128, 133, 139, 142, 146, 157, 158, 160, 162, 163, 165, 174, 175, 176, 178, 179, 181, 183, 188, 189, 191, 194, 195, 200, 207, 208, 209, 218, 219, 220, 226, 209, 212, 237, 238, 227, 234, 241, 254, 261, 277, 278, 290, 312, 313, 314, 317, 321, 326, 329, 321, 332, 360, 363, 384, 385, 405, 408, 414, 416, 439, 512, 517, 526, 530, 543, 544, 546, 548, 557, 565, 587, 589, 607, 631, 660, 765  
Código de Ética Odontológica – 733  
Código de Ética para os Profissionais de Saúde no Trabalho – 783  
Código de Nüremberg – 14, 472  
Código do Consumidor – 69, 88, 89, 90, 91, 123, 124, 181  
Código Internacional de Ética Médica – 14, 472, 474, 481, 628, 633, 660  
Comercialização de sêmen – 377  
Comércio de órgãos – 517, 717  
Comércio de órgãos em vivo – 717  
Comitê de Ética em Pesquisa – 443, 464, 485, 634, 635, 636  
Complementação de honorários – 166, 178, 613  
Computador em medicina – 721  
CONASP – 86  
Concasas – 239, 300, 301  
Conceito absolutista – 163  
Conceito atual de morte – 559, 566  
Concepção artificial – 363, 365, 367, 376  
Conciliação – 168, 215, 239, 299, 300  
Condição de doador – 517  
Condição econômica do paciente – 169  
Condição jurídica do embrião congelado – 376  
Condições de trabalho – 7, 8, 35, 45, 46, 70, 84, 98, 120, 121, 122, 166, 176, 210, 228, 242, 251, 258, 259, 275, 286, 288, 289, 301, 317, 341, 530, 609, 610, 607, 608, 725, 734, 737, 754, 756, 773, 784, 787, 790, 793  
Condições de trabalho – 123

Condições precárias de trabalho – 251  
Conduta arbitrária – 213  
Conduta materna – 340, 349  
Conferência de Abolição da Tortura – 488  
Consciência do perigo – 227, 233  
Conselhos de Medicina – 39, 48, 51, 53, 54, 57, 62, 110, 113, 169, 202, 234, 254, 260, 288, 300, 593, 594, 597, 607  
Consentimento do paciente – 5, 23, 24, 69, 209, 210, 211, 214, 215, 250, 279, 289, 312, 321, 348, 540, 611, 616, 643, 647, 671, 703  
Consentimento do receptor – 508, 516  
Consentimento esclarecido – 23, 152, 160, 204, 218, 255, 275, 278, 279, 289, 291, 297, 313, 340, 344, 348, 349, 366, 378, 411, 652, 659, 687  
Consentimento livre e esclarecido – 37, 107, 108, 109, 110, 113, 119, 275, 276, 278, 312, 313, 456, 457, 458, 460, 616, 676, 652, 743, 750  
Consentimento presumido – 23, 277  
Consentimento substituto – 23, 250, 277  
Conspiração do silêncio – 546  
Consulta em conexão direta – 203, 686  
Consumidor de anestesia – 551  
Contenção de pacientes – 209, 219  
Contracepção de urgência – 415, 437  
Cooperativas médicas – 69, 99  
Corpo docente – 355, 357  
Corpo clínico – 70, 88, 110, 113, 166, 220, 226, 210, 305, 306, 293, 609, 740, 780  
Corpus Hipocraticum – 13, 14, 25  
Cosmetologia cirúrgica – 320  
Craniopagus – 554  
Cremação de cadáveres – 559, 573  
Criança enferma terminal – 547  
Criança que vai nascer – 340, 343, 344, 345, 347, 351, 354, 355, 356, 357, 359, 379, 524, 647  
Criopreservação de gametas – 372  
Critérios de avaliação do honorário – 165, 169  
Critérios de morte – 517  
CTNBio – 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454  
Culpa – 9, 25, 29, 37, 89, 90, 116, 148, 180, 223, 224, 240, 248, 249, 253, 255, 256, 257, 258, 260, 261, 265, 266, 270, 272, 273, 274, 275, 278, 279, 280, 292, 293, 294, 299, 300, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 315, 318, 321, 322, 324, 325, 328, 329, 330, 338, 339, 341, 358, 393, 657, 746, 757, 761, 765  
Culpa in eligendo – 90, 261, 270, 292, 293, 294, 329  
Culpa in vigilando – 90, 255, 270, 293, 294  
Culpa profissional – 253, 278  
Curandeirismo – 39, 44, 58, 59, 60, 256  
Currículo das escolas médicas no mundo – 730

## D

Declaração de Bali – 376, 620  
Declaração de Budapeste – 220, 621  
Declaração de Caracas – 622  
Declaração de Cingapura – 623  
Declaração de direitos da pessoa mentalmente deficiente – 708  
Declaração de Estocolmo – 625  
Declaração de Genebra – 14, 217, 474, 628, 633, 660, 705  
Declaração de Hamburgo – 628, 629, 660, 730  
Declaração de Havana – 631  
Declaração de Helsinque II – 472, 633  
Declaração de Hong Kong – 637, 638, 639, 640, 681  
Declaração de Lisboa – 546, 641, 642, 644, 660, 664, 673, 679, 726, 730  
Declaração de Madrid – 645, 646, 647

Declaração de Malta – 648, 649  
Declaração de Manila – 650  
Declaração de Marbella – 656, 657  
Declaração de Nova Delhi – 659  
Declaração de óbito – 138, 139, 140, 141, 146, 561, 562, 563, 579, 582, 614  
Declaração de Oslo – 660  
Declaração de Ottawa – 661, 664  
Declaração de Pílanesberg – 665, 668, 669, 670  
Declaração de princípios éticos dos médicos do Mercosul – 709  
Declaração de Rancho Mirage – 677, 679  
Declaração de Santiago – 674  
Declaração de São Paulo – 679  
Declaração de Sidney – 567, 680  
Declaração de Somerset West – 681, 683  
Declaração de Tel Aviv – 202, 683, 685  
Declaração de Tóquio – 216, 220, 628, 660, 691, 730  
Declaração de Vancouver – 693, 696, 698  
Declaração de Veneza – 702, 703  
Declaração de Viena – 703, 704, 705  
Declaração de vontade antecipada – 542, 543  
Declaração do Hawai – 628, 632  
Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão – 212  
Declaração universal do genoma humano e dos direitos humanos – 492, 713  
Declaração universal dos direitos do homem – 64, 710, 711, 769  
Declarações médicas – 133, 200  
Definição do coma irreversível – 568  
Deformidade permanente – 303, 327, 498, 777  
Democratização da pílula – 431, 438  
Densidade aritmética – 421  
Densidade fisiológica – 421  
Densidade populacional – 419, 420, 421, 422  
Deontologia médica – 10, 169, 594  
De quem cobrar – 165, 175  
Desastres de massa – 559, 580, 625  
Desvantagens do seguro – 285  
Detentos voluntários – 486  
Determinação da hora da morte – 680  
Dever de abstenção de abuso – 239, 254, 255  
Dever de abstenção de abusos ou de desvio de poder – 291  
Dever de atualização – 239, 252, 253  
Dever de cuidados – 291  
Dever de informação – 239, 250, 279, 291, 313  
Dever de vigilância – 239, 253, 254  
Dever do atendimento prometido – 291  
Deveres de conduta do médico – 239, 249, 252  
Dever legal – 127, 133, 134, 135, 146, 148, 150, 152, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 176, 180, 209, 215, 328, 341, 343, 395, 393, 403, 614  
Diagnóstico codificado – 125, 134, 135  
Dicotomia – 99, 169  
Direito à integridade biológica – 1, 3, 441, 475  
Direito ao meio ambiente saudável – 69, 97  
Direito à sanidade – 69, 96  
Direito à verdade – 529, 544  
Direito de internar e atender – 69, 87

Direito de matar – 531, 532, 557  
Direito de morrer – 532, 533, 557  
Direito de morrer com dignidade – 12, 109, 536  
Direito de necropsiar – 574  
Direito de saber a verdade – 15, 107, 109, 156, 545, 546  
Direitos do feto – 348, 360  
Direitos do paciente – 5, 14, 15, 546, 642, 665, 720, 767  
Direitos do periciando – 5, 28  
Direitos dos doentes – 32, 730  
Disponibilidade do cadáver – 559, 572, 589  
Distanásia – 534, 535, 536, 555, 558  
Diu – 425, 431, 432, 434, 439  
Doação de gametas – 371, 381  
Doação de órgãos de anencéfalos – 495, 524  
Doação presumida – 522  
Doação temporária do útero – 372, 377  
Doença preexistente – 93, 265  
Doenças ligadas ao sexo – 353, 355  
Dolo – 58, 116, 148, 180, 256, 273, 307, 308, 327, 434, 549, 745, 757, 758, 761  
Dor crônica – 529, 547, 548, 549, 722  
Dupla militância – 69, 99

## E

Educação médica – 66, 202, 441, 479, 480, 622, 649, 650, 657, 668, 674, 682, 688, 696, 698, 717, 720, 721  
Educação médica continuada – 649, 650, 684  
Efeito medicamentoso sobre o feto – 357  
Eleição do doador – 366, 515  
Elementos da responsabilidade – 239, 256  
Embriões congelados – 3, 28, 363, 377, 378, 379  
Embriões feminilizados – 482  
Embriões na pesquisa – 375  
Embrioscopia – 355, 356  
Emergência – 7, 45, 70, 84, 85, 91, 100, 105, 121, 166, 181, 202, 203, 211, 213, 227, 228, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 251, 293, 322, 437, 513, 608, 609, 610, 611, 612, 616, 620, 624, 626, 627, 643, 648, 662, 668, 669, 682, 686, 687, 692, 698, 723, 736, 771, 772, 773  
Emergência médica – 235, 236, 668  
Enfermidade terminal – 703, 722  
Engenharia genética – 36, 368, 376, 379, 359, 441, 442, 443, 444, 482, 647, 674, 688, 707, 708  
Erro médico – 89, 239, 258, 259, 260, 271, 273, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 296, 300, 301, 302, 304, 306, 307, 309, 323, 341, 656, 657, 757  
Escola Abolicionista – 149  
Escola Absolutista – 149  
Escola Intermediária – 150  
Escolas doutrinárias – 145, 149  
Especialidades médicas – 75, 187, 253, 315, 548  
Especialismo – 76  
Especialismo médico – 69, 75  
Espiritismo – 59  
Espírito de corpo – 298  
Esposas de médicos – 157  
Esquecimento de corpo estranho – 263, 314  
Estado anterior da vítima – 300  
Estado de necessidade de terceiro – 148, 212, 217, 388, 401  
Estado de necessidade putativo – 212  
Estado vegetativo continuado – 541, 542, 584, 585

Estado vegetativo permanente – 109, 541, 542, 543, 584, 585, 588  
Estado vegetativo persistente – 637  
Estatuto da Criança e do Adolescente – 69, 94, 342, 382  
Esterilidade natural – 421, 427  
Esterilização cirúrgica – 10, 243, 408, 433, 434  
Esterilização dos anormais – 407, 412  
Esterilização humana – 12, 414, 772  
Esterilização por indicação médica – 407, 411  
Esterilização por indicação social – 407, 410  
Estrutura demográfica – 415, 429  
Estudantes de medicina – 157, 234, 255, 653, 675, 690  
Ética do Médico – 753, 754  
Ética dos princípios – 27  
Ética médica – 5, 25, 26, 27, 85, 169, 186, 202, 203, 329, 341, 557, 589, 625, 631, 643, 664, 672, 673, 676, 686, 691, 702, 707, 720, 726, 730, 731  
Ética no direito – 5, 31  
Eutanásia – 11, 26, 28, 119, 256, 394, 403, 405, 527, 531, 533, 532, 534, 535, 536, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 549, 553, 555, 556, 557, 558, 585, 755, 771  
Eutanásia passiva – 555  
Evidências – 12, 37, 69, 102, 103, 104, 105, 106, 123, 124, 297, 624  
Exame de ordem – 50  
Exame de qualificação – 39, 50, 51  
Exame de qualificação de médico recém-formado – 39, 50  
Exercício ilegal da medicina – 39, 47, 55, 56, 57, 58, 59, 67, 72, 183, 256, 319, 320, 549, 755 Êxito dos serviços prestados – 171  
Experiência científica no homem – 12  
Experiências em condenados – 441, 486  
Explosão demográfica – 418, 419, 433, 435, 436, 438

## F

Falsa garantia de resultado – 289  
Falsa identidade – 327  
Falsidade de atestado médico – 127, 128, 129  
Falta de compromisso do médico – 287  
Falta do consentimento esclarecido – 289  
Falta do ensino continuado – 288  
Fama do médico – 170, 172  
Farsa de Malthus – 415, 427  
Fatores de risco – 37, 106, 239, 287, 300, 411, 682, 698, 789  
Fecundação extraconjugal – 365, 366  
Fecundação intraconjugal – 365  
Fecundação por meios artificiais – 364  
Fertilização após a morte do marido – 376  
Fertilização artificial – 364  
Fertilização in vitro – 357, 364, 368, 373, 375, 377, 645, 717  
Feto e a pesquisa – 331, 353  
Fetoscopia – 355, 356, 638, 647  
Fim da vida – 529, 541, 588  
Futilidade médica – 350

## G

Genoma humano – 242, 333, 364, 376, 380, 441, 455, 491, 492, 610, 657, 658, 659, 674, 688, 689, 691, 713, 714, 715  
Gestação de substituição – 372  
Grandes conflitos – 11, 28

Greve de fome – 34, 209, 210, 215, 216, 217, 218, 611, 648, 649

Greve e a ética – 69, 84

Guias éticos para os psiquiatras – 632

## H

Heterofecundação – 365, 367, 383

HIV – 157, 158, 295, 438, 670, 671, 672, 673, 674, 702, 704, 706, 720, 721, 724, 725

HIV positivo – 141

Homem doloroso – 551

Homines cruciantes – 551

Homo crucians – 551

Homofecundação – 365

Honorário médico parcelado – 165, 172

Honorário médico tabelado – 165, 171

Honorários médicos – 62, 67, 167, 172, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 183, 245

Honorários periciais – 165, 181, 182

## I

Imperícia – 175, 228, 234, 240, 228, 241, 246, 247, 249, 252, 255, 256, 259, 260, 267, 268, 269, 274, 275, 300, 307, 315, 317, 318, 240, 324, 317, 349, 355, 358, 341, 386, 512, 531, 584, 609, 757, 771, 772

Imperícia médica – 239, 267, 314

Implantação ovular – 363, 368

Impregnação artificial – 364

Imprudência – 157, 175, 228, 234, 239, 240, 241, 247, 249, 255, 256, 258, 259, 260, 262, 267, 268, 269, 272, 273, 274, 275, 279, 281, 298, 299, 300, 307, 313, 317, 318, 322, 323, 324, 349, 355, 358, 341, 386, 512, 531, 584, 609, 757, 768, 771, 772

Incapacidade – 50, 53, 132, 133, 267, 303, 304, 408, 413, 498, 547, 550, 617, 644, 653, 675, 689, 694, 724, 622, 757

Incapacidade temporária – 303, 304, 655

Incurabilidade – 12, 534, 535, 542

Informações aos outros profissionais – 252

Informações médicas – 142, 156, 793

Informações sobre incapazes – 156

Informática – 145, 153, 159

Inscrição de médico deficiente – 39, 50

Inscrição de médico estrangeiro asilado – 39, 51

Inseminação artificial – 363, 365, 367, 382, 383, 384, 645, 665

Integridade biológica – 1, 3, 441, 475

Interdição cautelar – 39, 62, 63, 64

Internet – 104, 114, 186, 188, 191, 193, 203, 686, 701, 743, 758

Intervenções fetais – 331, 340

Intimidade genética – 69, 110, 161

Inutilidade – 535, 539, 585

Invalidez – 27, 125, 132, 158, 230, 303, 681, 712

Ischiopagus – 554

## J

Judicialização da saúde – 17

Junta médica – 69, 87, 113, 114, 158, 390, 392, 396, 404, 612

Juramento de Hipócrates – 9, 162, 146

Justa causa – 6, 127, 133, 134, 135, 145, 147, 148, 150, 152, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 178, 182, 222, 737, 767

## L

Laudo médico – 125, 126, 129, 130, 131, 615, 756  
Laudo piedoso – 125, 135  
Legalização do aborto – 385, 399, 404  
Legislação da morte – 559, 589  
Legislação dos transplantes – 369, 522  
Lei da arte – 272  
Lei do ato médico – 40  
Letra do médico – 262  
Letra ilegível – 263  
Leucotomia pré-frontal – 549  
Liberalismo médico – 70  
Limites do atestado em relação ao laudo – 125, 129  
Limites do sigilo – 145, 151  
Líquido âmnico – 355  
Local e a hora do trabalho – 170

## M

Mãe-suporte – 368  
Managed care – 69, 102  
Manipulação genética – 11, 356, 358, 375, 376, 444, 476, 706, 772  
Mediação – 239, 299, 300  
Mediador – 299, 300  
Medicina armada – 297, 346  
Medicina baseada em evidências – 12, 69, 102, 103, 104, 105, 106, 123, 124  
Medicina criativa – 12  
Medicina de catástrofe – 581  
Medicina de fábrica – 69, 80, 132  
Medicina de grupo – 69, 80, 81, 82, 83  
Medicina de risco – 581  
Medicina de substituição – 522, 526  
Medicina do desejo – 376  
Medicina e a imprensa – 160, 185, 196, 197  
Médico e a morte – 559, 582  
Médico e o meio ambiente – 69, 95  
Medicina-empresa – 69, 73  
Medicina e o direito – 5  
Medicina esportiva – 644  
Medicina industrial – 550  
Medicina legal – 9, 10, 38, 57, 67, 124, 142, 163, 164, 183, 169, 238, 245, 314, 315, 326, 329, 360, 366, 384, 387, 405, 414, 438, 439, 527, 533, 556, 557, 568, 575, 576, 589  
Medicina liberal – 71, 73, 102, 120, 124, 183  
Medicina política – 69, 114  
Medicina preditiva – 37, 69, 107, 110, 111, 161, 688  
Medicina socializada – 73, 76, 77  
Médico e o Estatuto da Criança e do Adolescente – 69, 94  
Médico estrangeiro domiciliado na fronteira – 39, 49  
Médicos na pena de morte – 641  
Meios diagnósticos invasivos – 331, 353  
Mentira piedosa – 546, 547  
Mercado da personalidade – 12, 185, 192, 207  
Mercado de estruturas humanas – 495, 523  
Mercantilismo – 73, 165, 167, 169, 192, 755  
Momento apropriado para intervir – 343

Mortalidade de embriões – 375

Morte encefálica – 237, 462, 495, 496, 498, 500, 502, 507, 508, 510, 511, 516, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 529, 530, 535, 536, 540, 541, 542, 555, 559, 564, 565, 569, 570, 571, 584, 585

Morte encefálica e transplantes de órgãos – 559, 584

Morte lenta – 536

Morte presumida – 559, 566, 580

Morte real – 566, 567, 568, 569

Mutilação genital feminina – 699, 701, 702, 718, 719

## N

Não participação da sociedade – 287

Não revisão do aparelho formador – 288

Natureza e duração do coma – 569

Necessidade de terceiro – 148, 212, 217, 388

Necropsia médico-legal – 559, 575, 578

Necropsias clínicas – 559, 574

Negligência – 94, 74, 149, 175, 234, 174, 228, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 275, 279, 281, 282, 292, 294, 298, 299, 300, 307, 309, 317, 318, 322, 323, 324, 341, 342, 349, 355, 358, 386, 512, 531, 584, 609, 655, 656, 657, 663, 679, 681, 768, 771, 772

Negligência – 239, 261, 313, 623, 624, 640, 641

Negligência de hospitais – 262

Negligência em transfusões de sangue – 270

Negligência médica – 74, 244, 261, 263, 264

Neurotormia periférica – 548

Nexo causal – 90, 116, 239, 249, 256, 273, 274, 278, 300, 301, 304, 307, 309, 313, 323

Nidação – 334, 360, 431, 437

Nidificação – 431, 432, 433

## O

Obrigação de meios ou de resultado – 317, 321, 324

Obrigação de proteger o prontuário – 155

Obrigação médica – 376

Obrigações da sociedade – 340, 351

Obstinação terapêutica – 536, 542, 555, 588

Obtenção do consentimento – 23, 250, 275, 278, 340, 652, 665

Omissão de socorro – 24, 72, 74, 85, 176, 214, 217, 218, 229, 230, 232, 233, 235, 238, 243, 292, 358, 584

Omissão de tratamento – 243, 261

Onus probandi – 273, 325

Ordem administrativa – 227, 231, 282

Organização familiar – 431, 438

Órgãos de anencéfalos – 495, 524, 525

Ortotanásia – 534, 535, 541, 555

O segredo no boletim médico – 160

## P

Paciente insalvável – 536, 547

Paciente-padrão razoável – 23

Paciente terminal – 3, 27, 109, 532, 535, 538, 541, 542, 546, 547, 552, 554, 555, 557, 558, 584, 585, 588, 589, 664, 703, 722

Padrão do paciente razoável – 297

Padrões médico-legais – 239, 300, 302

Pagamento com cartão de crédito – 179

Parapsicologia – 548  
Parecer de dupin – 247  
Partes anatômicas – 559, 582  
Participação do médico na pena capital – 587  
Parto à leboyer – 358  
Paternidade responsável – 407, 415, 425, 429, 430  
Pena de morte – 210, 393, 559, 565, 586, 587, 611, 641, 723  
Pensamento hipocrático – 5, 13, 14, 32  
Perda de chance – 304  
Perícia do erro médico – 239, 300, 302  
Período de guerra – 631  
Perspectiva de cura – 532, 545  
Pesquisa biomédica – 639, 640, 642, 646, 647, 651, 653, 654, 678  
Pesquisa em indivíduos sadios – 441, 481  
Pesquisas em seres humanos – 441, 636  
Pigopagus – 554  
Planejamento familiar – 391, 392, 394, 407, 413, 415, 424, 425, 429, 430, 431, 438, 439, 625, 645, 683, 705  
Planos de saúde – 62, 69, 92, 93, 94, 99, 111, 113, 119, 135, 187, 290, 291, 305, 543  
Plantão a distância – 227, 234  
Política antinatalista – 11, 423, 424, 428  
Política de prevenção de risco – 239, 286  
Possibilidade de dano – 56, 148  
Potencial de salvabilidade – 237  
Prática ilegal por pessoal técnico – 261  
Precária documentação – 290  
Precária fiscalização do exercício profissional – 288  
Preços vis ou extorsivos – 176  
Pré-embriões – 375, 377, 378, 382, 465  
Preenchimento inadequado de prontuários – 289  
Prejuízo de afirmação pessoal – 304  
Prejuízo estético – 304  
Prejuízo futuro – 304  
Prescrição de honorários – 165, 174, 175  
Prescrição penal – 239, 270  
Preservação da vida – 476, 532, 541, 545, 587, 588, 642  
Princípio da autonomia – 23, 34, 93, 107, 111, 162, 171, 203, 212, 237, 250, 255, 276, 290, 291, 348, 350  
Princípio da beneficência – 24, 34, 155, 211, 212, 237, 251, 278, 349, 350, 554  
Princípio da boa-fé – 93, 290  
Princípio da confiança – 254  
Princípio da equidade – 441, 478  
Princípio da força obrigatória – 93, 290  
Princípio da informação adequada – 23, 29, 250, 276, 289, 378  
Princípio da justiça – 16, 238, 350  
Princípio da não maleficência – 24, 237, 251, 278, 348  
Princípio da prioridade do risco – 581  
Princípio da prioridade temporal – 581  
Princípio da prioridade terapêutica – 581  
Princípio da temporalidade – 23, 251, 277  
Princípio da totalidade – 581  
Princípio do consensualismo – 93, 290  
Princípios da revogabilidade – 289  
Procura em corpos de prisioneiros – 220, 719  
Proibição do exercício da profissão das médicas – 723

Projeto genoma humano – 441, 491, 657, 659, 674  
Prolongamento da vida – 350, 455, 532, 541, 545  
Promoção pessoal – 185, 207  
Prontuário – 5, 19, 20, 54, 86, 116, 126, 155, 164, 251, 252, 289, 290, 316, 391, 518, 530, 544, 563, 564, 565, 570, 595, 615, 688, 737, 756, 771, 774, 777  
Prontuário médico – 19, 20, 53, 54, 126, 251, 312, 497, 520, 615  
Protocolo de pesquisa – 441, 457, 459, 463, 467, 490, 491, 634, 636, 655  
Publicações médicas – 103, 185, 192  
Publicidade médica – 12, 185, 189, 190, 196, 207, 208

## Q

Qualidade da atenção – 185, 204, 687, 688  
Qualidade de vida – 37, 60, 98, 302, 333, 340, 343, 344, 348, 350, 354, 356, 357, 359, 391, 529, 537, 538, 542, 552, 553, 554, 585, 586, 588, 683, 705, 707, 754, 759, 769  
Qualidades dos fetos – 394  
Quando não cobrar – 165, 175  
Quantum doloris – 304  
Quebra do sigilo – 10, 145, 147, 148, 150, 152, 154, 157, 159, 162, 163, 383, 737

## R

Recomendação de Bali – 716  
Recomendação de Bruxelas – 717  
Recomendação de Budapeste – 718, 719  
Recomendação de Estocolmo – 582  
Recomendação de Marbella – 720  
Recomendação de Munique – 721  
Recomendação de Rancho Mirage – 722  
Redução embrionária – 370, 376, 666, 716, 717  
Reflexologia – 548  
Relação de filiação – 376  
Relação médico-paciente – 26, 34, 37, 62, 73, 109, 105, 107, 142, 148, 150, 151, 167, 185, 202, 203, 205, 236, 244, 250, 261, 265, 275, 283, 285, 288, 298, 315, 556, 588, 612, 636, 648, 685, 686, 688  
Relação médico-paciente – 620  
Relação risco-benefício – 346  
Reprodução assistida – 4, 11, 26, 27, 31, 119, 315, 363, 364, 365, 367, 370, 373, 375, 376, 377, 381, 382, 383, 665, 667, 671, 716  
Reprodução Assistida – 367  
Requisição de prontuários – 158  
Resolução de Estocolmo – 514, 723  
Resolução de Hamburgo – 723  
Resolução de Nova Delhi – 724, 726  
Resolução de Ottawa – 726  
Resolução de Paris – 727  
Resolução de Rancho Mirage – 550, 727  
Resolução de Santiago – 728  
Resolução de Seul – 729  
Resolução de Tel Aviv – 730  
Respeito à independência do profissional – 291  
Responsabilidade civil das instituições de saúde – 239, 291  
Responsabilidade civil do médico – 10, 69, 89, 168, 239, 257, 272, 273, 285, 286, 305, 306, 314, 315, 384, 557, 574  
Responsabilidade do paciente – 179, 185, 204, 239, 309, 310  
Responsabilidade funcional do estudante – 239, 279, 281, 314  
Responsabilidade médica – 12, 61, 140, 185, 204, 226, 228, 238, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 252, 256, 265, 268, 275, 282, 283, 304,

309, 314, 315, 318, 329, 330, 341, 366, 386, 512, 531, 556, 587, 609, 641, 656, 660, 680, 731

Responsabilidade médica derivada – 239, 260, 281, 282

Responsabilidade profissional – 239, 247, 248, 249, 255, 288, 314, 341, 344, 349, 355, 676, 690, 692, 702, 703, 775

Responsabilidade solidária – 239, 305, 306, 741

Resultado adverso – 239, 258, 297, 309

Resultado incontrolável – 258, 259

Revalida – 64, 65

Revalidação do diploma – 599

Revelação ao paciente – 157

Revelação de crime – 159

Revista corporal – 209, 220, 221

Rewarded donors – 523

Risco da pesquisa – 457

Risco permitido – 255

Risco-proveito – 255, 283, 346

Riscos da mãe e do feto – 345

Rizotomia – 548

## S

Sacralidade e qualidade da vida – 529, 538, 552, 553, 586

Salmo para um cadáver desconhecido – 798

Salmo para um deficiente – 799

Salmo para um indigente – 797

Sanidicídio – 539

Santidade da vida – 539, 585, 648

Saúde e liberdade – 69, 112

Segredo compartilhado – 161

Segredo e a cobrança judicial de honorários – 161

Segredo e perícia médica – 158

Segredo médico – 12, 14, 134, 145, 148, 151, 152, 154, 158, 162, 163, 164, 188, 191, 200, 621, 625, 632, 659, 793

Segredo médico – 134, 145, 162, 164, 625

Segredo no atestado médico – 160

Segredo no boletim médico – 160

Segurança na telemedicina – 185, 204, 687

Seleção de sexo – 363, 381, 384

Semeadura artificial – 365

Serviço médico obrigatório – 69, 122

Sexo psicossocial – 326

Sigilo em informática médica – 145, 153, 159

Sigilo médico – 146, 147, 149, 150, 151, 152, 162, 163, 363, 382

Sigilo médico e a imprensa – 160

Simpatectomia – 548

Sindicalismo médico – 69, 72

Sistema de saúde – 109, 123, 197, 287, 302, 706, 725, 726

Sobra de embriões – 375

Sobrevivência privilegiada – 529, 554

Socialização da medicina – 69, 76, 77, 78, 123

Socialização do risco médico – 239, 283, 284

Sufrimento insuportável – 534, 535

SUS – 65, 69, 78, 79, 81, 82, 95, 117, 120, 121, 178, 507, 519, 520, 522

Suspensão do registro por doença incapacitante – 39, 52

## T

Tabela de honorários médicos – 177, 178  
Tecnologia biomédica – 441, 478, 479  
Teleassistência – 202, 205, 685  
Teleconsultado – 204, 686  
Telemedicina – 12, 36, 185, 201, 204, 612, 685, 686, 687, 688  
Televigilância – 203, 685, 687  
Tempo de congelação dos embriões – 376  
Tempo de guarda da informação – 160  
Tentativas de legalização do aborto – 385, 399  
Teoria da equivalência das condições – 301  
Teoria da personalidade condicionada – 334  
Teoria das virtudes – 25, 27  
Teoria da última condição – 301  
Teoria de princípios – 27  
Terapêutica fútil – 542, 588  
Terapia medicamentosa – 683, 684  
Tese da equivalência – 537, 552  
Testamento vital – 277, 539, 542, 543  
Testemunhas de Jeová – 209, 213, 215  
Testes pré-admissionais para AIDS – 125, 141  
Toracopagus – 554  
Torturas por meios médicos – 441, 487  
Transfusões de sangue em Testemunhas de Jeová – 209, 213  
Transplante de face – 526, 495, 526  
Transplante de tecido – 638, 639  
Transplantes de órgãos e tecidos – 479, 524, 571, 639, 646, 723, 741, 744  
Transplantologia – 478, 483, 522, 526  
Tratamento arbitrário – 24, 213, 243, 251, 278, 343  
Tratamento da dor crônica – 529, 547  
Tratamento eutanásico – 549  
Tratamento fútil – 238, 350, 524, 535, 536, 543  
Tratotomia espinotalâmica – 548

## U

Urgência – 7, 10, 16, 19, 45, 71, 70, 78, 84, 85, 91, 100, 105, 115, 166, 181, 198, 202, 203, 211, 214, 227, 228, 233, 234, 235, 236, 237, 245, 251, 263, 265, 241, 322, 324, 415, 437, 459, 466, 507, 513, 608, 609, 610, 611, 612, 616, 631, 685, 686, 705, 723, 736, 755, 771, 772, 773  
Uso de marcas e nomes comerciais – 185, 198  
Uso de órgãos e tecidos – 11, 237  
Uso do prontuário na pesquisa – 155  
Uso e o costume do lugar – 170  
UTI – 237  
Utilização de cadáveres – 559, 576, 578  
Utilização post mortem de sêmen – 369

## V

Valor da vida – 476  
Valor do trabalho – 172, 173  
Valor do trabalho – 170  
Vantagens do seguro – 286  
Via de parto a pedido – 16

Vinho da morte – 533

Violência familiar – 623, 640, 681, 682, 696, 697, 698, 702