

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

Conselho Editorial

Presidente

Sebastião André De Felice

Superintendente do IMESC e Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da USP

Belisário dos Santos Jr.

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania de São Paulo

Edson Luiz Vismona

Secretário Adjunto da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania de São Paulo e Presidente da Associação Brasileira de Ouvidores

José Maria Marlet

Professor Titular da Faculdade de Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da USP e de Criminologia da Academia de Polícia de São Paulo

Tabajara Novazzi Pinto

Diretor da Academia de Polícia de São Paulo

Ivette Senise Ferreira

Professora Titular e Diretora da Faculdade de Direito da USP

José Maria Pacheco de Souza

Professor Titular de Estatística da Faculdade de Saúde Pública da USP

Cândido Rangel Dinamarco

Professor Titular da Faculdade de Direito da USP

Paulo José da Costa Jr.

Professor Titular da Faculdade de Direito da USP

Diretor

José Maria Marlet

Jornalista Responsável

Artur Cardoso Neto - Mtb - 17.225

Desenho da Capa

Luciana Rita Siqueira Papais do Nascimento

A Revista IMESC divulga matérias de exclusivo interesse médico-jurídico-pedagógico. Os artigos são de responsabilidade de seus autores, sendo resguardada a pluralidade de pensamento; os conceitos emitidos não representam a opinião dos editores e da entidade.

Sumário



[Apresentação](#)

Sebastião André De Felice



[O Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC](#)

Sebastião André De Felice



[AIDS - Medo e Preconceito - Um Caso Concreto](#)

Belisário dos Santos Júnior



[A Ouvidoria no Brasil e seus Princípios](#)

Edson Luiz Vismona



[Responsabilidade Civil do Médico](#)

José Francisco Lopes de Miranda Leão



[O Princípio e as Razões do Segredo Médico](#)

Marcos de Almeida e Daniel Romero Muñoz



[Responsabilidade do Médico diante da Eutanásia](#)

Luiz Flávio Borges D'Urso



[A Importância do **Swab** na Perícia de Estupro](#)

Wilmes R. G. Teixeira



[Vitimologia e Violência Urbana](#)

José Maria Marlet



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

Apresentação

Mais um desafio vencido. Há quatro anos a atual administração do IMESC tinha como um dos seus objetivos, voltar a colocar em circulação a Revista IMESC, que viesse de forma atualizada, científica, interessante e envolvente, trazendo ao leitor, importantes contribuições, elaboradas e escritas por estudiosos e pesquisadores. Projeta-se uma revista relevante não só do ponto de vista científico como também e sobretudo, trazendo assuntos das atividades que cotidianamente são desenvolvidas na Instituição e que possam interessar ao mundo pericial, contemplando tanto a área médica quanto jurídica, alcançando desde estudantes a professores, levando-os a refletir mais e sempre.

Cuidar-se-á da necessária introdução às múltiplas facetas da problemática pericial, serão tratados tópicos diversos e suas singularidades, e as conotações dinâmicas do processo pericial.

A atividade pericial se apresenta de forma extraordinária e complexa englobando conhecimento jurídico e médico, transitando desde conhecimentos conceituais clássicos aos mais recentes avanços tecnológicos.

Atualizada, pretende, a seu tempo, estimular uma interessante antinomia entre a extrema originalidade de alguns conceitos e um precedente conservadorismo quanto a outros, estimulando novas maneiras de se encarar e pensar a respeito dos temas, introduzir novos modelos interpretativos que contemplem essas complexidades, permitindo ao leitor atualizar-se e mesmo estimulando, através de novos estudos, discussões, polêmicas e reflexões.

Inaugura o fascículo um artigo resumido sobre o Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC, sem se preocupar com a sua estrutura organo-funcional, apresentando sua evolução histórica, sua responsabilidade e competência que o coloca como um dos principais serviços de perícias do País.

Segue-se uma excelente apresentação escrita pelo dr. Belisário dos Santos Jr., Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, de um caso concreto sobre a AIDS, preconceitos, aspectos éticos envolvendo diretamente o médico, paciente e a relação médico-paciente.

Logo a seguir, e com não menos brilho, o dr. Edson Luiz Vismona, Secretário Adjunto da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, escreve sobre a Ouvidoria no Brasil, discutindo seus princípios. O autor de corpo inteiro, e com aquela postura característica de seu temperamento, deita todo o seu poder de comunicação em favor de suas posições.

Igualmente, de forma didática e brilhante, o dr. José Francisco Lopes de Miranda Leão aborda um tema delicado, atual e preocupante conforme afirma o próprio autor, onde ainda acrescento, desconhecida para a grande maioria da classe médica, sobre a "Responsabilidade Civil do Médico".

Perfilando a linha de incitação à reflexão, os professores Marcos de Almeida e Daniel Romero Muñoz debruçam-se sobre "O princípio e as Razões do Segredo Médico" discorrendo de forma absolutamente clara sobre os principais motivos do sigilo que se observa na classe médica.

Face à crescente importância que vem sendo dada à questão da eutanásia, assunto provocante e extremamente polêmico, o dr. Luiz Flávio Borges D'Urso, advogado criminalista, traz reflexões importantes, incluindo ainda na sua apresentação o papel do legislador em sintonia com as aspirações da moderna medicina.

O professor Wilmes R. G. Teixeira, que tem se notabilizado por parte de sua brilhante trajetória profissional a uma questão fascinante, mostra sua vivência e a importância técnica do swab no auxílio do esclarecimento Judicial.

Finalmente, de forma didática e interessante, encerrando o fascículo, o professor José Maria Marlet, estudioso da Vitimologia, expõe e conclui sobre o que se observa na violência urbana.

Sua análise constitui irrefutável esforço intelectual no sentido de desnudar-se tal assunto, estimulando o debate e polemizando, trazendo o sempre inesgotável tema à discussão pública.

Assim, a Revista IMESC renasce, e o fará tantas vezes quantas forem necessárias, coroando a expectativa de um grupo de profissionais abnegados que "faz a hora e não espera acontecer".

Sebastião André De Felice
Superintendente do IMESC



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

O Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC

Sebastião André De Felice

Superintendente do IMESC e

Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da USP

O *Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC*, é uma Autarquia vinculada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, do Governo do Estado de São Paulo.

Aprovado pelo Decreto n.º 25164, de 12 de maio de 1986, tem por primordial atribuição a realização de perícias médico-legais, psiquiátricas e imunohematológicas requisitadas pelo Poder Judiciário Estadual e por outros órgãos da Magistratura (Federal e do Trabalho).

Tal atribuição, prevista no art. 2º, inciso V do Regulamento do IMESC (Decreto n.º 25164/86), guarda correspondência com a do art. 2º do Decreto-Lei Estadual n.º 237, de 30 de abril de 1970 - diploma legal que criou a Autarquia à época sob a denominação de "Instituto Oscar Freire" sem que, na ocasião, tivesse a extensão de que hoje se ressentente. Em 19 de agosto de 1997 foi aprovado o Decreto n.º 42210 com o novo e atual Regulamento do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC.

Com o decorrer dos anos, a realização de perícias requisitadas pelo Poder Judiciário passou a se constituir numa das principais finalidades do IMESC, de tal forma que a referida atribuição o erige, como instituição, à condição de órgão auxiliar do Juízo, conforme estabelece o art. 139 do C.P.C..

O IMESC presta relevantes serviços público, de profundo alcance social, mormente à população carente e necessitada, eis que a grande maioria das requisições de exames solicitados e dirigidas a este Instituto, referem-se a pessoas beneficiárias da "Justiça Gratuita", pobres na acepção jurídica do termo, propiciando-lhes a oportunidade da realização de uma prova técnica necessária ao alcance da tutela jurisdicional pretendida.

Tem-se observado um expressivo aumento de demanda no IMESC nos últimos tempos e uma breve discussão em sua história demonstram que, ao longo dos anos, a Autarquia foi eleita pelo Poder Público como instrumento de suporte técnico a outros órgãos, públicos e privados.

Resumidamente pode-se afirmar que as principais atividades da Instituição são relacionadas com as perícias:

- a. Imunohematológicas, destacando-se a investigação de paternidade, investigação de maternidade, negatória de filiação, negatória de paternidade e correlatas;
- b. Médico-legais, em ações acidentárias, reparações de dano, ações previdenciárias, anulações de casamento (determinadas por fatores físicos) verificação de idade e de outras correlatas;
- c. Psiquiátricas, destacando-se na área cível, casos de interdição, tutela, curatela, modificação de guarda de menores e correlatas, anulação de casamento (por fatores

psíquicos), avaliações psiquiátricas em geral, para ações indenizatórias, anulatórias de atos jurídicos e correlatas. Atua ainda na área criminal, na verificação de insanidade mental, dependência toxicológica e cessação de periculosidade.

Possui um Centro de Estudos cujo papel central é o de produzir e difundir conhecimento técnico-científico nas áreas de Medicina Social, da Prevenção e da Criminologia através de um escopo metodológico que inclui a estatística, a psicologia, o serviço social e a sociologia.

A partir dessa configuração multidisciplinar, pautada pelas rigorosas diretrizes da ética e do procedimento científico, o Centro de Estudos, dentro das metamorfoses de sua existência, tem se voltado basicamente para as seguintes e principais linhas de ação: pesquisa, cursos e palestras, assessoria interna e externa, atendimento à comunidade, banco de dados com biblioteca especializada, videoteca e hemeroteca, e coordena um serviço público pioneiro que disponibiliza pela Internet informações práticas e teóricas sobre o fenômeno do uso de drogas sob seus aspectos históricos e preventivos, o INFOdrogas.

O IMESC coordena ainda, através do Departamento de Estudos Periciais, as atividades de apoio técnico-científico do Conselho Estadual de Entorpecentes, CONEN, e é um dos Institutos associados à Universidade de São Paulo.

Estatísticas têm demonstrado que o número de lides submetidas à apreciação do Poder Judiciário vem aumentando sensivelmente e o deslinde de muitas dessas lides depende de prova técnica-pericial, hábil a formar a convicção dos juizes neste ou naquele sentido.

E é exatamente neste contexto que o IMESC atua de forma maiúscula, preocupado com sua responsabilidade jurídica e social, sendo presente e atual, sem se descuidar do futuro onde avanços tecnológicos como os de investigação do vínculo genético de filiação, o coloca como um Instituto comparado aos melhores do cenário internacional. Único no Brasil com suas características, o IMESC é modelo para muitos Estados da Federação.



Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

AIDS - Medo e Preconceito - Um Caso Concreto

Belisário dos Santos Jr.
Advogado e
Secretário da Justiça e da
Defesa da Cidadania de São Paulo

I. O CASO

O médico e professor da Unesp, dr. William Saad Hossne, submeteu à minha consideração o seguinte caso, em nome da Revista Bioética, seção Caso Clínico, do Conselho Federal de Medicina:

"Bióloga, professora universitária, 47 anos, hipertensa, tabagista inveterada (cerca de dois maços por dia), apresenta quadro de insuficiência coronária, com indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio; procura cirurgião especializado, de sua confiança e de seu círculo social.

O cirurgião, conhecedor do fato de que o marido da professora apresenta comportamento de risco (portador do vírus da imunodeficiência humana {HIV} por possível bissexualidade ?), exige a realização do teste HIV como pré-condição para operá-la. A paciente informa ter realizado o exame há 10 meses, com resultado negativo.

O cirurgião insiste na feitura de novo exame. A paciente se nega a realizá-lo e o médico se nega a operá-la.

Por interferência da diretoria Clínica do hospital a doente acaba concordando em realizar o teste, cujo resultado vem a ser negativo.

O cirurgião, então, a procura e decide marcar a intervenção cirúrgica.

A paciente, porém, pergunta ao cirurgião:

*"Qual o motivo para exigir o teste HIV?" Responde o cirurgião:
"Porque durante o ato cirúrgico eu poderia, por acidente, me ferir e correr o risco de ser infectado".*

"Nesse caso", diz a paciente, "desejo também conhecer o resultado do seu teste, pois o senhor pode, na mesma situação, em cirurgia extracorpórea, me contaminar".

II. PREÂMBULO

Este caso clínico apresenta vários eixos de interesse: o medo e o preconceito gerados pela epidemia de AIDS; as relações médico-paciente, as obrigações éticas do médico e os direitos do paciente; o direito de privacidade; distinção entre infração ética e crime, entre outros.

III. AIDS - MEDO E PRECONCEITO

Não nasce com a AIDS a onda de discriminação que acompanha uma manifestação mórbida. Nem é exclusiva dessa doença a capacidade de gerar alterações sociais em grande escala da conduta individual coma da conduta política da coletividade. A sífilis, que se difundiu com grande rapidez pela Europa, desde a Itália, a partir do final do século XV, produziu efeitos de grande magnitude, inclusive na consolidação política do puritanismo, em alguns países. Mas é de discriminação que se fala. E o nome sífilis, atribuído ao médico e poeta italiano Girolamo Fracastoro, derivaria do grego "pavoroso, repulsivo, vergonhoso". Fenômeno parecido ocorreria mais recentemente com a tuberculose, com o mal de Hansen (o nome vulgar "lepra" carrega a noção de impureza), sempre acompanhados da idéia de segregação, muito mais que do conceito de isolamento. Não foi diferente com o próprio câncer, nos primeiros tempos.

O problema da AIDS é que esse fenômeno, até agora incurável, ocorre no momento de apogeu da medicina, de sua quase onipotência. Acontece concomitantemente aos grandes avanços tecnológicos, à conquista do espaço, às novas descobertas da física. Segundo Herbert de Souza ⁽¹⁾, a AIDS repõe a questão da morte, que se presumia afastada, já que apenas restavam algumas batalhas contra o câncer, coma nos fazia supor a propaganda das grandes corporações farmacêuticas...

O vírus HIV, nesse esconde-esconde dramático no sistema imunológico, determina a perda da imunidade e provoca conseqüências no corpo social muito além das infecções oportunistas e/ou neoplasias no corpo físico do paciente.

A doença que - ainda é Betinho falando - mistura racismo, sexo e sangue, só pode ser uma doença revolucionária.

O preconceito já nasceu das tentativas primeiras de explicação da epidemia, de início conhecida como peste gay. Alastrou-se pela imposição da noção de grupos de risco, cujo contato deveria ser evitado: os haitianos, os homossexuais e logo os bissexuais, os que vivem da prostituição. A "democratização" da doença, com o alto nível de contágio pelo consumo de drogas injetáveis e o partilhar de seringas, ou mesmo a constatação da falta de políticas de controle do sangue desde o começo da epidemia, em nível mundial, elevou o medo a fantásticas alturas.

Atualmente fala-se em comportamentos de risco. A doença não está longe. Ela se aproxima. Ela está perto de todos. Ela atinge, par transmissão vertical, de mãe para filho, quem jamais teve comportamento de risco...

Um bom índice das violações de direitos produzidas por esse medo pode ser aferido da consulta aos Tribunais. A jurisprudência registra casos de exigência de testes sorológicos para HIV para admissão de empregados, de discriminação pela condição de portador do vírus HIV, seja na despedida de empregados, seja no afastamento de crianças da escola, entre outros.

As tentativas de controle da AIDS, ainda em desenvolvimento, apesar do sucesso inicial, não são suficientes para evitar que o vírus produza suas vítimas, mesmo quando ausente ! Exemplo claro é o caso em análise.

V. A ORDEM ÉTICA

Goffredo da Silva Telles Jr. ⁽²⁾ fala-nos de três degraus da liberdade, no reino da matéria bruta (liberdade química), no reino das células (liberdade fisiológica) e no reino do ser humano. Neste, a presença da liberdade se revela nos atos de escolha, ou seja, nas efetivas adesões do homem às vias cerebrais, abertas ante seus sistemas de comando. Neste degrau, a liberdade é a liberdade ética.

A ordem ética pressupõe uma anterior hierarquia de bens, um sistema axiológico de referência. Uma ordem ética é sempre expressão de um processo histórico

Representa a atualização objetiva e a vivência daquilo que a comunidade, por convicção generalizada, resolveu qualificar de ético e de normal.

V. O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Não é a toa que o novo Código de Ética Médica, contendo normas a serem observadas por todos os médicos e centrando a ética no paciente ⁽³⁾, aponta entre seus princípios fundamentais ser a medicina profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza (Art. 1º).

Ao ampliar o capítulo consagrado aos direitos humanos, o Código de Ética Médica enfatiza a proibição da discriminação de qualquer forma ou sob qualquer pretexto (Art. 47).

Comentando tais artigos, o prof. Léo Meyer Coutinho ⁽⁴⁾ afirma que, mesmo em sua clínica particular, o médico não pode recusar paciente fundado em juízo discriminatório.

VI. A OBRIGAÇÃO ÉTICA DO MÉDICO

Ocorre que há aparente colidência dessas disposições com o contido no artigo 58 do mesmo Código de Ética. Ali se estabelece ser vedado ao médico "deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo". Interpretando essa disposição isoladamente e a *contrário sensu*, teremos que o médico, salvo caso de urgência, recusa quem quiser, pelo motivo que quiser. Salta aos olhos o absurdo dessa posição, que resultaria em fazer da medicina mera atividade de mercancia, desnecessitada de qualquer codificação ética.

Por outro lado, a interpretação sistemática impõe dar um sentido integrado para cada uma e para todas as disposições de um conjunto de normas. Assim, a correta exegese desse conjunto de disposições deve reservar sentido para cada uma delas, tutelado pelo que foi considerado ser princípio fundamental da atividade médica: o agir sem preconceito de qualquer espécie. A especial preocupação com a discriminação tem razão de ser na preservação da Medicina como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade (Art. 1º do Código de Ética). A medicina é conhecimento humano, devendo ser pensada na perspectiva de sua evolução desde luta contra a dor e a doença até o de promotora da saúde integral, ou seja, o completo bem estar físico, mental e social. O prestígio e o bom conceito da profissão estão relacionados ao zelo pelo bom desempenho ético do médico (Art. 4º). A medicina não pode ser exercida como comércio da arte de curar (Art. 9º). O respeito pelo paciente, ademais de dever, deve fazer parte da natureza do médico.

No dizer de Miguel Couto: "Se toda a medicina não está na bondade, menos vale dela separada." (*apud* Pedro Nava, *in* "Galo das Trevas").

Assim, segundo a interpretação sistemática, o artigo 58 deve ser lido da forma seguinte: ainda que fora da hipótese de urgência, e mesmo em seu consultório privado, o médico particular não pode recusar paciente fundado em razões discriminatórias.

VII. OS DIREITOS DO MÉDICO

O médico não pode discriminar, mas também não deve tolerar discriminação por questões de religião, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, opinião política ou de qualquer outra natureza (Art. 20 do Código).

Os direitos do médico, porque estabelecidos para evitar a contaminação da profissão com qualquer vínculo que a afaste de seus princípios fundamentais, devem ser pensados antes como poderes-deveres, como normas éticas, do que propriamente como direitos do médico. Tanto assim é que deles não pode abrir mão o profissional da medicina, sob pena de cometer grave violação de dever fundamental (Art. 8º do Código).

VIII. OS DIREITOS DO PACIENTE

Embora o caso não envolva diretamente interesse de portador do vírus HIV ou doente de AIDS, é sempre bom lembrar que tais pessoas têm e mantêm os mesmos direitos garantidos pela Constituição Federal aos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil, dado o princípio da igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (C.F., Art. 5º). Assim, merecem ver respeitados seus direitos à vida, à igualdade, à integridade física, à privacidade, à saúde. O direito à privacidade se compõe de tutela à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. A saúde é vista como um direito social, a todos estendida por dever do Estado.

Esse dever, ainda que soe redundante dizer isso, não afasta as obrigações específicas éticas e profissionais daqueles envolvidos na área da saúde, acima analisadas.

Assim, no preciso dizer de Irineu Antônio Pedrotti⁽⁵⁾, "o médico não pode recusar a atender o portador da doença sob alegação de risco profissional, ou de ser contaminado, porque a sua função é exatamente esta".

Com a mesma leitura do direito à vida e ao tratamento médico, encontra-se R. Limongi França⁽⁶⁾.

IX. O CASO CONCRETO. A INFRAÇÃO ÉTICA

No caso concreto, indagado sobre a exigência do teste HIV, o cirurgião respondeu "durante o ato cirúrgico, poderia, por acidente, me ferir e correr o risco de ser infectado".

Em outras palavras, dado o conhecimento de que dispunha, pela convivência no mesmo ambiente social, da condição de bissexual do marido da paciente, o médico praticamente presumiu-a como portadora do vírus HIV, exigindo o exame negativo para afastar a presunção. De sua resposta, deduz-se que, fosse positiva a sorologia, o médico recusaria a intervenção, porque poderia se ferir e correr o risco conseqüente. Não fosse da intenção do médico recusar a operação, nenhuma conseqüência prática traria o resultado do teste exigido, fruto, portanto, de mera intenção discriminatória. Desconfiasse ser a paciente portadora do vírus HIV o cirurgião deveria munir-se de todas as cautelas necessárias (usar duas luvas, óculos de proteção, dobrar cuidado com materiais perfuro-cortantes, prevenir a equipe, utilizar material descartável em todos os níveis), não havendo técnica alternativa a ser determinada pelo atendimento à mal fadada exigência.

Aliás, ante a recusa inicial de submissão da paciente ao teste, o médico recusou-se a operá-la.

É patente o caráter preconceituoso da conduta do médico na exigência do teste, pela condição da paciente de mulher integrante de "grupo de risco", seguido da recusa à operação.

Cometeu grave infração ética, violando o disposto nos artigos 1º, 2º e 47º do Código de Ética Médica.

A circunstância de não ser o caso de urgência (pode-se dizer tratar a hipótese de cirurgia eletiva, embora necessária), não permite a discriminação, segundo foi sustentado antes.

X. DISTINÇÃO ENTRE ÉTICA E CRIME

O cirurgião cometeu falta ética, de caráter grave. Entrou na esfera ética sua conduta, mas não penetrou no círculo menor, de caráter penal. O médico não cometeu qualquer atitude típica, ou seja, não praticou conduta descrita em norma penal. O crime mais próximo do caso descrito é o de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal, figura criada para proteção do direito à vida, à integridade física e à saúde, consistente em "*deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo...*". Crime ocorreria se a paciente se encontrasse em "**grave e iminente perigo**", circunstância que, diante da descrição do caso, cirurgia eletiva ainda que necessária, pode ser afastada.

Tampouco existe qualquer legislação que puna criminalmente o preconceito exercido contra os portadores do vírus HIV ou suspeitos de sê-lo. Desse tipo de preconceito não se ocuparam as leis n.º 7.437, de 20.12.85, (pune como contravenções penais, atos resultantes de preconceito de raça, de cor, de sexo ou de estado civil) e n.º 7.716, de 05.01.89 (define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor).

XI. AIDS E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A reação da paciente à conduta do médico, no caso, é pura retorsão, reação provocada pela injusta atitude anterior do cirurgião. A confiança da paciente depositada no médico se revela pela atitude em procurá-lo, a ele confiando a cirurgia de que necessitava. No entanto, a reação serve para evocar problemas importantes, como a questão do médico aidético. Pode o médico aidético realizar atos invasivos? E, mais. Deve o médico cirurgião apresentar a seu paciente teste sorológico negativo?

Há parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo ⁽⁷⁾ recomendando seja evitada pelo médico aidético a prática de atos invasivos que possam expor o paciente a risco de contaminação. Tal conduta é consequência do princípio de respeito ao paciente e da vedação de prática de atos a ele danosos, que se caracterizem como imperícia, imprudência ou negligência (Art. 2º, 18º e 29º do Código de Ética Médica).

No entanto, a exigência de teste de HIV nas relações comuns entre paciente e cirurgião não se justifica, parece mais fruto da paranóia criada com a epidemia, podendo dar ensejo à aplicação da norma que autoriza o médico a renunciar ao atendimento, na ocorrência de fatos que prejudiquem o bom relacionamento com o paciente (Art. 61, § 2º, do Código de Ética Médica). As relações médico-paciente devem ser abertas, democráticas, flexíveis, de responsabilidade e respeito recíprocos, segundo a lição de, Christian Gauderer ⁽⁸⁾. Se o paciente viola o seu dever ou abusa de seu direito nessa relação, o médico estará dispensado de atendê-lo, ressalvada a hipótese de urgência.

XII. A ÉTICA DA SOLIDARIEDADE

Duas importantes declarações de direitos completaram cinqüentenário em 1998. Seria interessante conferir algumas de suas passagens. A Declaração Universal dos Direitos Humanos proclama o direito à igualdade e à proteção contra qualquer discriminação ou incitamento a tal discriminação (Art. VII). A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do

Homem proclama o dever da convivência de uma pessoa com as demais, de maneira que todas e cada uma possam formar e desenvolver integralmente a sua personalidade (Art. 29).

A tolerância, o dever da convivência são importantes instrumentos para o estabelecimento de uma ética da solidariedade. Sem a prática desses preceitos, será difícil imaginar que só o progresso científico ou as conquistas tecnológicas eliminem o preconceito, restabeleçam o respeito pelo outro, conduzam à sociedade livre, justa e solidária que queremos.

- Os presentes comentários tiveram importante colaboração da dra. Marcela Vieira dos Santos, médica formada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1998.

Bibliografia:

1. Souza, Herbert, "Direitos Humanos e AIDS", "Direitos Humanos e..." (Ed. Brasiliense/CJP);
2. Telles Jr, Goffredo da Silva, "ÉTICA, Do mundo da célula ao mundo da cultura" (Ed. Forense);
3. Landmann, Jayme, "A Ética Médica sem Máscara" (Ed. Guanabara);
4. Coutinho, Léo Meyer, "Código de Ética Comentado" (Ed. Saraiva);
5. Pedrotti, Irineu Antonio, "Da AIDS e do Direito", (Revista dos Tribunais 690/295);
6. França, R. Limongi, "Aspectos Jurídicos da AIDS", (Revista dos Tribunais, n.º 661/14);
7. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (1991);
8. Gauderer, E. C. "Os direitos do Paciente", (Ed. Record).



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

A Ouvidoria no Brasil e seus Princípios

Edson Luiz Vismona
Advogado, Secretário Adjunto da Secretaria da
Justiça e da Defesa da Cidadania e
Presidente da Associação Brasileira de Ouvidores

*"Representar o cidadão zelando pelos seus legítimos
interesses junto às instituições públicas e privadas".*

**Esta é, em síntese, a função
do Ouvidor, ou como também
é conhecido, Ombudsman.**

A figura do Ombudsman surgiu na Suécia, no início do século XIX, em uma clara reação do cidadão frente ao poder do Estado. Esta palavra na sua língua original significa "representante", "procurador", e não comporta gênero feminino, portanto, é equivocado falar-se em "Ombudswoman".

No Brasil, esta função foi adotada pela iniciativa privada, visando conferir uma maior transparência às suas atividades e, também, estimular o consumidor a defender seus direitos e interesses junto à instituição, privilegiando a prevenção e, por conseqüência, evitar confrontos nas relações de consumo. Assim, a empresa se posicionaria melhor no mercado, aperfeiçoaria a qualidade de seus produtos e serviços e criaria um canal importante de comunicação direta com o consumidor.

O jornal "Folha de São Paulo" em 1989, ao instituir o seu Ombudsman, divulgou o seu significado, e, com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor em 1990, outras empresas e instituições fizeram o mesmo. Assim, em seguida, a ABINEE - Associação Brasileira da Indústria Elétrica e Eletrônica, o Banco Nacional e o Grupo Pão de Açúcar também adotaram seus Ombudsman, como demonstração de respeito ao consumidor.

O Ombudsman ou Ouvidor ao receber uma reclamação do cidadão, procura identificar as causas, a sua procedência e os meios para solucioná-la, ou, se isto não for possível, explicar o porquê. Não é a solução para todos os males, porém agindo dentro da instituição, em contato direto com a sua cúpula, busca a satisfação do cidadão e apresenta propostas que evitem a repetição de erros, estimulando processos de melhoria contínua da qualidade. O resultado do seu trabalho deve ser informado ao cidadão, individualmente, e, quando for de interesse público, coletivamente.

Não obstante o interesse empresarial estar diretamente ligado aos conceitos mercadológicos, o Ombudsman foi instituído respeitando-se claros princípios de natureza pública. Dessa forma, autonomia, independência, estabilidade no emprego por um período, mandato certo, enfim,

conceitos de certa forma estranhos ao ambiente das empresas foram adotados, objetivando dotar o Ombudsman de respeitabilidade e confiança junto ao público, em uma clara demonstração de que esta função não seria uma jogada de marketing.

De outro lado, se com o Código de Defesa do Consumidor o Ombudsman ganhava espaço na iniciativa privada, o que ocorria junto aos órgãos públicos?

Na esfera pública a adoção do Ombudsman, ou como é mais conhecido neste âmbito, o Ouvidor, teve uma evolução mais lenta. Curitiba e, posteriormente, o Paraná adotaram esta função, seguido por outras cidades, dentre elas: Santos, Maringá, Campinas, Fortaleza, e o Estado do Ceará. Além de cidades e Estados, diversos órgãos públicos, como a Fundação PROCON, o IPEM e a Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, assim como empresas públicas prestadoras de serviços, também seguiram este caminho, em uma clara demonstração que esta função vem se espraiando junto aos diversos ramos de atividade, pública e privada. A ABO - Associação Brasileira de Ouvidores identificou cerca de 250 (duzentos e cinquenta) Ouvidores/Ombudsman atuando no Brasil. Este crescimento é movido pela necessidade de atender o cidadão e aperfeiçoar os serviços e produtos, mas também, representa uma inequívoca conscientização da cidadania, que cada vez mais, exige respeito e participação.

Não obstante estes interesses meritórios, não devemos esquecer que existem aqueles que procuram se aproveitar da existência da Ouvidoria para estabelecer um falso sentimento de busca da qualidade e de respeito ao cidadão. Isto deve ser combatido.

Visando preservar os princípios que regem a Ouvidoria e a sua função de prestadora de serviços ao público, a Associação Brasileira de Ouvidores - ABO, criada em 1995, aprovou em 1997 o seu Código de Ética, expressando os valores que devem nortear a atuação dos Ouvidores/Ombudsman, conscientizando os cidadãos sobre o alcance desta função e as suas obrigações junto à comunidade.

O Código de Ética instituído pela ABO, conta com 19 (dezenove) pontos específicos, relacionados com a postura que o Ouvidor/Ombudsman deve adotar e 4 (quatro) pontos de caráter processual.

Dentre esses pontos, salienta-se o reconhecimento de que os Ouvidores/Ombudsman devem defender intransigentemente os direitos inerentes da pessoa humana; agir com integridade, transparência e respeito; exercer suas atividades com independência e autonomia, de forma ágil e precisa, buscando a correção dos procedimentos errados.

O Código de Ética da Associação Brasileira dos Ouvidores representa um compromisso dos Ouvidores/Ombudsman de exercerem suas funções, respeitando fundamentos imprescindíveis para quem se propõe a atuar em defesa dos interesses do cidadão, nas instituições públicas e privadas.

Definidos os parâmetros éticos, importa identificar as áreas que estão relacionadas com a formação do Ouvidor. No IV Encontro Nacional de Ouvidores, recentemente realizado no Rio de Janeiro, na Fundação Getúlio Vargas, este foi o tema. Nas palestras e debates foram identificadas as disciplinas e as suas ligações com o instituto da Ouvidoria. O Direito, Constitucional e do Consumidor; a Administração e os seus instrumentos; o Jornalismo e o necessário respeito ao cidadão; a Psicologia e as Relações Públicas como apoio à atividade do Ouvidor, foram temas objeto das reflexões deste Encontro. A idéia é elaborar uma proposta curricular que fundamente um Curso de Aperfeiçoamento para as pessoas que exerçam ou queiram exercer esta função. Como resultado, verifica-se que o Ouvidor não é o crítico de plantão, mas sim, um agente permanente de defesa da cidadania, e, para tanto, deve se municiar de conhecimentos multidisciplinares, para poder enfrentar o complexo desafio de representar o cidadão dentro de uma instituição, sem estabelecer um contencioso permanente e desgastante. Legitimando a sua ação junto ao cidadão, por atender às suas expectativas, e conseguindo firmar um espírito de parceria interna na instituição em que atua, o

Ouvidor/Ombudsman estará alcançando o seu objetivo, aprimorando o relacionamento entre a organização e o cidadão.

Em um país como o Brasil, onde o autoritarismo ainda é defendido por muitos como uma virtude, a Ouvidoria auxilia no fortalecimento do indivíduo perante as grandes e cada vez mais complexas estruturas prestadoras de serviços e produtos, incentivando a participação e, por consequência, o grau de conscientização da cidadania e valorização da democracia.



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

Responsabilidade Civil do Médico

José Francisco Lopes de Miranda Leão
Advogado e
Ex-Procurador do Estado de São Paulo

É objetivo deste, em breves linhas, traçar um panorama geral do problema da responsabilidade civil dos médicos, tema delicado, atual e preocupante.

I. GENERALIDADES

A responsabilidade civil, no Brasil, é basicamente definida no artigo 159, do Código Civil, que dispõe: "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano".

É a chamada *responsabilidade civil subjetiva*, ou seja, aquela que depende, para uma configuração, de um *elemento subjetivo*, que decorrerá do dolo (ação ou omissão voluntária, quer dizer, o agente atua ou se omite intencionalmente) ou da culpa (negligência ou imprudência, elementos aos quais a doutrina acrescentou a imperícia, quer dizer: o agente não tem intenção direta de atuar indevidamente, mas o faz em razão de um descuido - negligência ou imprudência - ou de uma inaptidão ou imperícia).

Teorias e sistemas há em que esse elemento subjetivo é desnecessário, ou seja, basta que haja dano, para que seu autor, independente de ter agido com dolo ou culpa, seja compelido a indenizar. É a chamada *responsabilidade objetiva*, que, no Brasil, vigora para os danos causados pelo Estado através de seus agentes, e também, em certos casos, para danos causados em razão de atividades de risco, em que o causador do dano é considerado responsável pela indenização causada por sua própria atividade, independentemente de culpa ou dolo, porque essa responsabilidade é tida como risco de sua atividade econômica.

II. SUBJETIVIDADE DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Desde logo quero dizer que não considero correto focar a responsabilidade civil do médico como *objetiva*, porque medicina não é "um negócio" a que o profissional se dedique com vistas ao lucro puro e simples, de modo a exigir-se dele que responda indiferentemente por todo e qualquer prejuízo decorrente de sua atividade. A meu ver, a responsabilidade do médico *sempre* decorrerá da comprovação de que ele agiu com dolo - causando intencionalmente o dano por ação ou omissão voluntária - ou com culpa - atuando de maneira negligente, imprudente ou imperita.

Nos estreitos limites deste artigo, tentarei desenhar uma idéia do que isso significa, e quais as conseqüências que acarreta. Inicialmente penso que não resta muita dúvida quanto à atuação *dolosa*, uma vez que essa implica em ação ou omissão voluntária. O médico sabe que vai causar dano, e atua com a intenção exata de causá-lo.

O problema surge para a caracterização de *culpa*. Quando é que um médico age com *culpa*, ou seja, de forma *negligente, imprudente ou imperita*?

III. CARACTERIZAÇÃO DA CULPA

Parece-me que, para o correto equacionamento da questão, deve-se subdividir a atividade do médico em três momentos básicos, analisando, ainda que com brevidade, cada um deles: o *diagnóstico*, a *escolha terapêutica* e a *prescrição*. Para uma boa compreensão da incidência de conduta *culposa*, parece-me adequado examinar a questão sob ângulo de cada um desses momentos.

Por ocasião do *diagnóstico*, basicamente, deve o médico ter o cuidado de anotar cada um dos sintomas verificados, assim como com a assepsia impecável de suas instalações e instrumentos, para não ser acusado de *negligência*. Considerando que a acurácia do diagnóstico depende da realização de exames suplementares, não deve deixar de requisitá-los, para não ser taxado de *imprudente*. E necessita manter-se atualizado com as pesquisas publicadas na sua área de especialidade, assim como não deve, sem absoluta segurança, arriscar diagnóstico fora de sua área de especialização, para não correr o risco de ser chamado *imperito*. Estas são as idéias básicas de conduta. Nenhum médico está livre de cometer um erro de diagnóstico; para não ser responsabilizado, deverá estar apto a demonstrar que diagnosticou de acordo com os sintomas objetiva e efetivamente verificados e sem omitir exames tidos por essenciais, e que atuou dentro de especialidade para a qual está habilitado e atualizado ou, pelo menos, caso tenha praticado diagnóstico fora de sua área (o que não é incomum) deve estar capacitado a demonstrar que o erro não decorreu de nenhum conhecimento específico que ignorava por falta de atualização ou por falta de especialização.

Quanto à escolha *terapêutica*, a questão, de alguma forma, está vinculada à acurácia do diagnóstico, pois a terapêutica, basicamente, depende deste último. Mas é preciso lembrar que a ciência médica não é estática, e cabe ao profissional buscar sempre a atualização relativamente às técnicas terapêuticas mais recentes. Não quer isto dizer que o médico deva sempre aderir a técnicas novas, sob pena de ser considerado imperito, mas deve estar apto a demonstrar que *não desconhecia* as novidades, não as tendo aplicado porque considerava *seguras e suficientes* as técnicas anteriores ou *ainda não confiáveis* as novas.

Questão mais candente e preocupante surge quanto à prescrição. Para efeito de melhor compreensão, direi que entendo por prescrição, não apenas a indicação medicamental, como também a determinação da necessidade de internação. Quanto a esta última, sabe-se de seu custo elevado, cabendo ao médico agir sempre com critérios sólidos que possa demonstrar, caso questionado, quanto à sua decisão de internar ou não o paciente. Repito que o médico não está "proibido de errar", o que lhe é defeso é agir com ligeireza. Qualquer decisão sua deve ser fundamentada de modo a que sempre possa demonstrar ter atuado com atenção, cuidado e consideração pelo bem maior envolvido, que é o bem-estar e a perspectiva de cura do paciente.

Mas, neste passo, uma outra preocupação surge, agravada por acontecimentos mais recentes, e está vinculada à *prescrição de medicamentos*. Sabe-se que o médico deve prescrever ao paciente as *substâncias cujos princípios ativos são capazes de trazer-lhe benefícios terapêuticos*. O comum, no entanto, é que os profissionais prescrevam *remédios pela sua denominação comercial*.

A questão não é de solução fácil. Dir-se-á que é o médico, dado seu preparo técnico, quem está apto a escolher o laboratório que produz o melhor medicamento para os fins terapêuticos desejados. Caso prescreva a medicação pelo seu princípio ativo e não pelo nome comercial, o médico estará transferindo essa escolha para o paciente, despreparado para fazê-la ou para o farmacêutico. Essa última opção não seria inadequada, caso não fosse notório que a enorme maioria das farmácias do País não dispõe de um farmacêutico responsável efetivamente presente e habilitado. Assim, ao prescrever o remédio pelo seu nome comercial, o médico consciencioso estaria até a proteger o seu paciente, encaminhando-o ao consumo de

medicação adequada para seu tratamento, quer do ponto de vista químico, quer do ponto de vista de confiabilidade.

Mas convém lembrar, neste caso, aos profissionais da medicina, que não devem deixar-se seduzir pelo departamento comercial dos laboratórios. Sua indicação específica de um remédio pelo seu nome comercial deve decorrer de convicção real quanto à qualidade e confiabilidade do laboratório envolvido. Caso não tenha essa convicção, preferível será prescrever o princípio ativo, indicando, em seguida, o nome dos remédios que o contém, de dois ou três laboratórios conhecidos, e recomendar ao paciente que procure farmácias de renome e confiáveis. Não é desconhecido de ninguém o "escândalo dos remédios falsos", de proporções nacionais, que envolveu e envolve não apenas a produção de medicamentos falsos por laboratórios clandestinos, como a própria negligência dos laboratórios reais em deixar "escapar" lotes destes, com todas as características dos produtos reais, mas contendo pílulas de farinha.

Deve o médico lembrar-se de que, ao prescrever medicação pelo seu nome comercial, está dando seu aval pessoal, de especialista qualificado, quanto à efetiva presença, no produto receitado, do princípio ativo desejado, e quanto à honorabilidade e confiabilidade do laboratório em questão. Não são coisas que se devam fazer levemente, porque se o paciente vier a sofrer dano em razão da ingestão de remédio falso, indicado especificamente pelo médico, caberá a este demonstrar que não tinha como desconfiar do laboratório; e isso, hoje, com a ampla cobertura da mídia a respeito das contrafações existentes no mercado, não é mais tarefa fácil.

IV. EXTENSÃO DA INDENIZAÇÃO CABÍVEL

Por fim, ainda que sem pretensão de haver esgotado o assunto, quero traçar algumas considerações sobre a indenização cabível no caso de responsabilização do médico por conduta dolosa ou culposa.

São de duas naturezas os danos possíveis, decorrentes dessas condutas: os danos materiais, consistentes no prejuízo patrimonial sofrido pelo paciente e por aqueles que dele dependem, e os danos morais, consistentes no sofrimento indevido causado ao paciente e aos seus familiares como decorrência do erro médico.

Ambos podem gerar indenizações vultosas. Os danos patrimoniais podem compreender desde o custo integral do diagnóstico e do tratamento, até os rendimentos que o paciente deixou de auferir por ter ficado no leito, sem falar-se dos prejuízos decorrentes de tratamentos específicos por causa de seqüelas funcionais e até estéticas. Em caso de invalidez ou óbito, esses danos patrimoniais podem incluir o sustento de seus dependentes, no mesmo nível em que o paciente os vinha mantendo, até que atinjam a maioridade ou, em certos casos, até o limite de vida provável do paciente, estimado estatisticamente, no Brasil, em 65 anos de idade.

Quanto aos danos morais, é, inicialmente, de anotar-se que a atividade médica é das mais suscetíveis à sua caracterização, pois quem procura um médico está sofrendo e se o profissional, com a sua atuação dolosa ou culposa, deixa de mitigar esse sofrimento ou até o acentua, a identificação do dano moral é inafastável. Não estão ainda pacificados os critérios corretos para a qualificação da indenização decorrente de danos dessa natureza. Há dois critérios mais comuns: o primeiro reza que o sofrimento deve ser pago com sofrimento, e o juiz deverá, ao fixar o montante da indenização pelo dano moral, considerar uma quantia que cause ao inflingidor do dano, sofrimento de intensidade semelhante àquele sentido pelo paciente danificado. Outra corrente pressupõe que sofrimento deve ser compensado com alegria, devendo o juiz fixar indenização de valor tal que proporcione ao paciente atingido uma satisfação (uma alegria, um prazer) compatível com o sofrimento experimentado.

A verdade, no entanto, é que não existe ainda consenso, nem na doutrina e muito menos na jurisprudência, para a fixação e os limites aplicáveis a indenizações por danos morais. A sua indenizabilidade, porém, é hoje discutível, uma vez que consagrada pela própria Constituição Federal.

Do exposto, conclui-se que, mais do que nunca, é exigível dos profissionais da medicina que procurem atuar sempre com a máxima atenção, certificando-se de que possam sempre demonstrar cuidado constante com seus pacientes, em todas as fases do relacionamento, de modo a afastar qualquer resquício de negligência ou imprudência; além disso, cabe-lhes preocupar-se em se manterem atualizados com os avanços científicos de seu mister, para afastar a pecha de imperícia. Em sua atividade, os médicos lidam com o sofrimento humano, e têm a missão básica de mitigá-lo. Devem poder sempre demonstrar que o fazem com dedicação, zelo e buscando a competência, evitando que se lhes possa atribuir condutas menos cuidadosas que possam ser atribuídas à negligência, imprudência ou imperícia, sob pena de ficarem vulneráveis a responsabilidades pesadas, do ponto de vista profissional e patrimonial.



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

O Princípio e as Razões do Segredo Médico

Marcos de Almeida

Professor Titular de Medicina Legal e Bioética da
Universidade Federal de São Paulo

Daniel Romero Muñoz

Professor Responsável de Medicina Legal da
Faculdade de Medicina da USP e de Medicina Legal e
Bioética da Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo

*"O que quer que eu veja ou entenda na sociedade,
durante ou fora do exercício de minha profissão, eu
guardarei o que jamais necessite ser divulgado,
mantendo a discrição como um dever em tais casos".*

Juramento de Hipócrates - cerca de 400 AC

O segredo médico é, fora de qualquer dúvida, um dos mais importantes preceitos da ética médica. O conceito de que os profissionais da saúde têm uma espécie de obrigação compulsória pela guarda das confidências de seus pacientes é proeminente no Juramento de Hipócrates o que, de certo modo, explica sua preservação por quase 25 séculos.

O Juramento de Hipócrates, em sua versão original, independentemente da tradução, é um tanto controverso e, seguramente, quase paradoxal para a época atual. Seu começo, na medida em que os médicos formavam uma espécie de confraria exclusiva, contava com princípios que asseguravam o sucesso e a preservação da corporação.

Os componentes da classe, logo de início, juravam por todos os deuses e deusas honrar seus professores e ajudá-los financeiramente, quando necessário. O segundo princípio dizia da obrigação de fornecer educação médica, sem pagamento, aos filhos dos mestres e de outros médicos. Os demais postulados formavam um conjunto de princípios éticos mais ou menos universais, incluindo o compromisso com o segredo.

Os médicos dos nossos dias obviamente não juram mais por Apolo, nem por Asclépios, Higéia e Panacéia. Igualmente dão mostras de que abandonaram o compromisso de fornecer educação médica de graça, bem como de honrar e ajudar seus professores economicamente. Um tipo semelhante de seletividade tem estado em evidência com relação à promessa de não provocar aborto, preceito que também faz parte do Juramento. Entretanto, em que pese esta seletividade entre os princípios hipocráticos, o respeito pelo princípio do sigilo permaneceu intocado. Inclusive a maneira relativista de encará-lo continua a ser adotada, não apenas pelas sociedades médicas, mas pelos códigos de justiça da maioria dos países.

Qual seria então a razão, ou as razões, pelas quais manteve-se incólume, ao longo dos tempos, o princípio do sigilo no seio da classe médica? Cinco motivos principais, no nosso entender, avultam como prováveis justificativas para a resistência do segredo a eventuais sopros de ventos abolicionistas.

A RAZÃO DA DISCRIÇÃO

Contrariamente àqueles que são naturalmente inclinados a "fazer fofoca", existe um grande grupo dos que são intrinsecamente discretos. A compostura faz parte da personalidade de muitos médicos e esta nos parece ser uma força poderosa no sentido de manterem em sigilo as confidências dos pacientes.

A RAZÃO HIPOCRÁTICA

Ao nosso ver, a principal razão pela qual os profissionais mantêm como secretas as confidências de seus clientes é, simplesmente, porque eles acreditam que devam fazê-lo. O Juramento de Hipócrates é invariavelmente citado como a fonte de autoridade que dá suporte a essa crença. É a razão da tradição. O médico tem ou sente um comprometimento conceitual com a razão hipocrática, isto é, ele acha que os fatos e sentimentos que o paciente lhe contou devem ser respeitados e mantidos em sigilo. O problema, porém, é a distância entre o conceito e a prática. No dia a dia do hospital a rotina de atendimento não está estruturada de modo a satisfazer a necessidade da manutenção do segredo. No hospital escola, por exemplo, o médico habituou-se à rotina da "discussão de caso à beira do leito do paciente", sem atentar para o fato de que tudo o que está sendo discutido é ouvido pelos demais pacientes da enfermaria, sendo comum o comentário posterior destes com as pessoas que os visitam. Desse modo, é curioso notar que aqueles que se julgam tão intimamente comprometidos com essa parte do Juramento, desconsiderem, sem a menor cerimônia, outras injunções do mesmo Juramento. O motivo principal portanto, nitidamente não é hipocrático. Existem outras razões subjacentes. E uma reflexão adequada sobre as que se seguem talvez ajudem a entender que a motivação é menos histórica do que aparenta ser.

A RAZÃO UTILITÁRIA

Essa é uma motivação de natureza filosófica. Há um forte argumento utilitarista para a manutenção dos segredos dos pacientes por parte dos profissionais da saúde. Em primeiro lugar, a crença fundamental de que os médicos manterão em sigilo suas confidências, permite aos pacientes buscar ajuda sem medo de qualquer estigma ou outras repercussões negativas que possam resultar do conhecimento público de seus problemas. Este fato, ao mesmo tempo que mantém o trabalho médico, encoraja os pacientes a procurarem ajuda precoce e, desta forma, auxilia a preservação de uma sociedade mais saudável. Em segundo lugar outro fato extremamente positivo aparece: a confiança mútua desenvolvida. Confiança da parte do médico de que o paciente contara tudo sem nada omitir e da parte do paciente de que o médico manterá para si tudo que lhe for revelado. O estabelecimento dessa confiança é absolutamente indispensável para o sucesso de qualquer tratamento e, conseqüentemente, para o prestígio da profissão.

A RAZÃO CONTRATUAL

Uma outra razão sugerida é a de caráter jurídico. Admite-se que se estabelece um contrato tácito (expresso ou implícito) entre o médico e o paciente, todas as vezes que este procura o primeiro em caráter profissional. Por este contrato o médico só adquire a informação do/sobre o paciente, no entendimento de que ela será mantida como um segredo. Uma boa evidência para que se acredite na existência real desse contrato implícito, reside no fato de que os doentes, quase que universalmente, esperam que os médicos sejam obrigados a manter seus segredos e, como conseqüência, agem segundo essa expectativa. Ademais, os dispositivos legais, normativos dos vários países, incluem proibições às revelações, como regra geral.

A RAZÃO DA PRIVACIDADE

Muitas vezes é alegado que existe um direito à privacidade. Não seria um dos chamados "direitos naturais", mas consta da Declaração Universal dos Direitos do Homem, referendada em assembléia da ONU em Paris, em 1948. Esse tipo de direito, naturalmente, deveria incluir o controle pessoal sobre a informação acerca de si próprio e sobre o acesso a essa informação. Sem esse poder de controle pessoal, relacionamentos e sentimentos humanos altamente importantes, tais como o amor, a amizade e a confiança, poderiam ficar seriamente abalados. Percebe-se, portanto, que este suposto direito, covalidado como imperativo da ordenação jurídica supranacional, repousa em justificativa ponderável de natureza claramente ética e legal. Certamente a privacidade é essencial no relacionamento das pessoas e estaria profundamente solapada se não houvesse uma razoável expectativa e quase certeza de que os médicos iriam preservar os segredos a eles confiados.

A combinação de pelo menos as três últimas das razões apresentadas, parece estabelecer de modo concreto que todos nós - médicos, pacientes e sociedade - temos um forte interesse em encorajar e inclusive reforçar os princípios do sigilo profissional. Naturalmente que os problemas começam a aparecer quando os outros princípios, igualmente fortes, levam à direção oposta - *a da revelação do segredo*.

Se os pacientes desejam (como a maioria o faz) que os médicos respeitem, como confidenciais, as informações que adquiriram durante seus relacionamentos profissionais, isto por si só, dá aos médicos uma boa razão para manter o segredo. Se nós adicionarmos o contrato implícito e as razões utilitaristas para a preservação da convenção do segredo, o conjunto torna-se bastante forte. Entretanto, mesmo boas razões ainda que apoiadas no tríplice peso da argumentação mencionada, devem necessariamente ceder diante de outras que sejam melhores. E a única pergunta que resta é a seguinte: - *"Que tipos de razão para a quebra do segredo são fortes o bastante para suplantar o acúmulo de boas razões que levam precisamente a mantê-lo?"*.

Enquanto o segredo tem sido reconhecido, quase universalmente, como uma estrita obrigação e um princípio fundamental da ética médica, o respeito pela confidencialidade, na prática, tem sido governado por uma espécie de incoerência. Por um lado os médicos estão dispostos a respeitar rigidamente as confidências dos seus pacientes, às vezes a um substancial custo pessoal. Em outras ocasiões os mesmos profissionais que preservaram e respeitaram as regras da ética do segredo tão zelosamente, não demonstram qualquer hesitação em dizer aos parentes e a muitos dos amigos de pacientes terminais (quando não à própria imprensa), as particularidades, peculiaridades desnecessárias e pormenores completos de suas doenças, *antes* e freqüentemente *em vez de* aos próprios pacientes. Esta incongruência ética mostra que, mesmo aqueles que acreditam desprezá-lo quando julgarem que coisas mais importantes estão em jogo, ou mesmo por motivos nada relevantes. O problema é o da competência no julgamento da importância das coisas.

O enfoque preciso sobre o segredo demonstra algo muito sério acerca do modo pelo qual os princípios éticos operam dentro de um amplo sistema de moralidade. Fixação cega ao princípio do sigilo, como fixação cega a *qualquer* princípio que, em determinadas circunstâncias, se torne mais importante, nos obrigando a modificar ou abandonar nossas regras de conduta.

Alguns princípios não parecem ter qualquer base ou sequer referências a valores mais básicos. De fato é comum alguns considerarem tais princípios simplesmente como expressão dos mais fundamentais valores e, portanto, sem qualquer necessidade de justificativa adicional. Algumas vezes parece que não há modo pelo qual estes princípios mais básicos possam ser questionados ou mesmo criticados, porque eles são, para uma determinada pessoa, os valores que ela aceita, ou seja, *eles são para ela simplesmente valores últimos e, portanto, não subordinados a qualquer análise*.

Não obstante, nós podemos, por exemplo, aceitar um princípio que nos impede de matar outras pessoas e, ao mesmo tempo verificar que tal princípio não é um fim em si próprio, *mas faz parte do conjunto maior que envolve a aceitação de que a vida de outras pessoas é valiosa*. Vendo o princípio sob a ótica de um contexto muito mais geral, acerca de quais vidas são valiosas e do que representa respeitar o valor da vida dos outros, permite-nos contemplar com

clareza, que exceções podem também ser feitas ao princípio do segredo sem qualquer espécie de inconsistência de natureza moral ou lógica.

Se não aceitamos nada por fé irracional e nenhum princípio como inviolável e, mais ainda, se refletirmos detidamente sobre as razões subjacentes aos princípios que aceitamos, podemos começar a vislumbrar se aquelas coisas que consideramos moralmente importantes, estão ou não melhor providas pela adesão àqueles princípios.

O sentido dinâmico que a ética deve assumir face ao segredo, está bem expresso nas palavras do juiz inglês Lord Justice Riddel:

"O médico, estando em uma condição fiduciária intrínseca, deve sempre preservar as confidências e segredos de seus pacientes, a menos que fique liberado dessa obrigação por algum motivo de natureza impositiva superior; como por exemplo uma compulsão legal expressa ou a realização de um dever social maior ou, mais ainda, um dever moral imperativo... Todo mundo reconhece a necessidade e a importância do segredo médico. Todo mundo reconhece que ele é precioso e quase sagrado. Mas devemos reconhecer também que as regras relativas ao segredo existem, primordialmente, para o bem da comunidade em seu aspecto moral mais amplo e não para o engrandecimento, privilégio ou conveniência de uma classe em particular".

Bibliografia

Beauchamp, T.L. e Chidress, J.F. - Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. New York (1979)

Higgs, R. - Case Conferense Series. Journal of Medical Ethics. 7 (3): 83-86 (1981)

Simpson, K. - Modem Trends in Forensic Medicine (1) - Butterworth & Co. Publishers Ltd. London (1962)



Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

Responsabilidade do Médico Diante da Eutanásia

Luiz Flávio Borges D'Urso

Advogado, Presidente da
Associação Brasileira de Advogados Criminalistas -
ABRAC e da Academia Brasileira de Direito Criminal

Recentemente o País foi surpreendido com notícias internacionais, que davam conta de que um médico, diante de uma câmera de vídeo, dava morte a seu paciente. Um caso típico de eutanásia, semelhante a tantos outros observados no mundo.

Ocorre que neste episódio, algo inusitado ocorreu, pois o tal médico, atualmente conhecido por "Dr. Morte", além de filmar seu gesto, entregou essa fita para que fosse exibida nas televisões do mundo, o que propiciou uma audiência de 15,6 milhões de televisores transmitindo esse gesto, só nos Estados Unidos, sem contar o resto do mundo.

Com isso, a televisão mais uma vez, põe em pauta este assunto tão discutido e tão resistido mundialmente, uma vez que a conduta desse médico dr. Jack Kevorkian, ganhou as manchetes retratando seu gesto de aplicar a injeção letal em Thomas Yourk, um homem de 52 anos, portador de uma doença degenerativa que paralisava todo os músculos de seu corpo.

Esse médico, de 70 anos, ganhou notoriedade quando em 1988, criou uma máquina que ajudava pessoas a suicidarem-se, objetivando a aplicação da eutanásia para aqueles que a desejassem, somando atualmente mais de 130 pacientes que fizeram uso dessa máquina por ele inventada.

Desnecessário registrar que o referido médico divide seu tempo com essa campanha em favor da eutanásia e com os processos criminais que a justiça lhe move, uma vez que praticou atos previstos na legislação criminal da maioria dos países civilizados, que entendem ser crime dar a morte, por qualquer motivo, a alguém.

No Brasil isso não é diferente, pois nossa legislação proíbe tal conduta, entende o legislador, tratar-se de homicídio, com penas que variam de 6 a 30 anos, com possibilidade de redução de 1/6 a 1/3 ; tal redução tem espaço, pois entende-se que estamos diante de um homicídio privilegiado, onde o privilégio aparece em razão de relevante valor moral, no caso presente, a piedade que aflora em razão do sofrimento alheio.

A palavra eutanásia tem origem no vocábulo grego, formado de "eu" que significa a boa e "thanatos" que significa morte, resultado de tal expressão: "boa morte" ou "morte piedosa, serena".

Hoje estamos acompanhando os trabalhos da Comissão de Reforma do Código Penal, a qual prepara um projeto de lei, a fim de modernizar nossa legislação criminal e como não poderia deixar de ser, o tema eutanásia foi amplamente debatido e novas orientações são verificadas conforme observamos a seguir.

O projeto estabelece que a eutanásia será prevista com essa denominação, o que já é uma novidade, pois pela lei vigente o enquadramento do tema era feito na vala comum do homicídio, dando-se-lhe tratamento mais benéfico, pela forma privilegiada.

Também pelo projeto, além da previsão específica da eutanásia, verifica-se que a pena cominada para tal delito torna-se menor, o que vem demonstrar uma boa vontade do legislador com o tema, todavia, ainda proibindo tal conduta.

Embora a eutanásia continue a ser considerada crime pela Comissão de Reforma do Código Penal, há que se observar a distinção formulada pelo legislador, quando toca no tema sob o ângulo da ortotanásia, a qual pretende ver afastada do campo penal.

Na verdade, prioritariamente, estabelecemos a distinção entre eutanásia e a ortotanásia, vale dizer, entre a eutanásia ativa e a eutanásia passiva, ou ainda, entre a distanásia e ortotanásia.

Distanásia significa o prolongamento do momento da morte do paciente, através do uso de métodos reanimatórios, já a ortotanásia é a morte natural decorrente da interrupção de tratamento terapêutico, cuja permanência seria inútil em se tratando de quadro clínico irreversível.

Feitas as devidas distinções, observa-se que o legislador, em sintonia com as aspirações da moderna medicina e inclusive da Igreja, torna a ortotanásia permitida, o que tem parecido à Comissão, aos juristas e à sociedade, como uma forma de resgate da dignidade no momento final, ou seja, a verificação da morte digna.

Assim, fica sempre como pano de fundo dessa discussão, a conduta daquele que dá a morte, do agente, que pode ser qualquer pessoa, mas que comumente, poderá ser um médico, pelo conhecimento que detém ou pela facilidade que dispõe.

O médico que hoje, de qualquer forma, concorrer para dar a morte a alguém, cometerá homicídio, devendo o julgador perquirir para a verificação do móvel desse profissional e em razão dessa motivação, escolher se tal conduta, embora criminosa, fôra contemplada com forma mais benevolente de tratamento penal, reconhecendo-se o homicídio privilegiado ou, ao contrário, se revelado motivo que justifique tratamento mais severo, qualificando o homicídio, desencadeando uma pena ainda mais severa.

O agente da eutanásia poderá ter verificado seu crime pela forma comissiva (conduta passiva), ou pela forma omissiva (não conduta), agindo ou deixando de agir quando deveria, todavia resultando na mesma pena, se verificado o móvel do agente.

Na prática, poderá ainda estabelecer outro enquadramento ao gesto eutanásico, pois poder-se-ia estar diante de uma conduta que tenha auxiliado ou até instigado o suicídio, com penas que variam de 2 a 6 anos de reclusão, pena que pode ser duplicada se o gesto foi por motivo egoísta.

Enfim, o médico, ao praticar a eutanásia, poderia estar atendendo pedido de seu paciente para lhe dar a morte, ou dar-lhe a morte sem consultá-lo em virtude do paciente estar impossibilitado de manifestar vontade (ex.: estado de coma), tanto num exemplo quanto noutro, esse médico responderá por homicídio e o tratamento que lhe será destinado depende do móvel do agente, ou ainda, fornecer para que o próprio paciente encontre a morte pelo suicídio, estando prevista sua conduta como auxílio ao suicídio.

Por derradeiro, registre-se que atrelado ao tema em comento, outro torna-se obrigatório, que estuda a retirada de órgãos humanos para transplante, pois uma das resistências verificadas na aceitação da eutanásia reside exatamente numa velada desconfiança do indivíduo ser visto por um médico sem escrúpulos, como verdadeira "prateleira de órgãos humanos, prontos para o transplante", desconfiança que se intensifica quando dos escândalos que a mídia revela, pelo

desvio de corpos inanimados ou pelo desrespeito à fila dos receptores de órgãos para transplantes.

Ainda aproveitando o tema, há que se encontrar um meio termo, uma conciliação entre juristas e médicos, para a definição do conceito de morte, tarefa difficilima, que tem apresentado suas dificuldades pois há descompasso, entre a morte verificada judicialmente e a morte estabelecida no campo médico, vejamos a seguir.

Enquanto o médico estabelece que o paciente está morrendo, não estando o destinatário de cuidados, nem morto, nem vivo, momento inclusive no qual lhe são retirados alguns órgãos, para o jurista, não existe esse processo de morte, mas sim a morte, como momento, apresentando todas as conseqüências de ordem judicial para esse fenômeno. Esse descompasso gera profunda desconfiança, quando, no caso concreto, ainda não se verificou a morte jurídica, todavia, verificada a morte pelo critério médico, autorizador da retirada de órgão.

A pergunta que se impõe é, se estar-se-ia retirando órgão de pessoas, que embora fossem declaradas clinicamente mortas, estas, para o jurista ainda encontravam-se vivas? Tal resposta é preocupante.

Por fim, presta-se esta reflexão escrita para estimular o pensamento, a pesquisa e a solução dessas questões que vão interferir na vida dos médicos, porquanto analisada sua conduta profissional à luz da lei no palco da esfera judicial. Para que não haja surpresas, que exista esclarecimento suficiente sobre o tema e suas diversas vertentes, tanto para juristas, como para o médico, em beneficio final do leigo.



Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

A Importância do Swab na Perícia de Estupro

Wilmes R. G. Teixeira

Professor Titular de Medicina Legal e
Chefe do Centro de Investigação de Crimes Sexuais da
Universidade de Mogi das Cruzes - SP

Vários trabalhos ^(1,2) ressaltam a elevada incidência dos crimes sexuais nos EUA, em especial nas regiões metropolitanas, estimando-se, comparativamente, que no Brasil devam acontecer mais de 1.000 estupros por dia, esforços devendo ser desenvolvidos na área científica forense para que este grave problema social seja apropriadamente tratado no milênio que se aproxima.

Atentos ao crescimento constante desse tipo de violência na sociedade vimos há mais de duas décadas aplicando esforços para dotar de recursos científicos modernos a perícia e a investigação médico-legal nesses casos, como o emprego do colposcópico, pela primeira vez introduzido por nós ^(3,4) para a melhor visualização de lesões genitais mínimas ou para dirimir dúvidas, recurso óptico sofisticado mas relativamente barato e de simples manejo, de que o correspondente exame não mais pode prescindir como prova a crescente adoção de seu uso nos EUA.

Da mesma forma, os testes laboratoriais para a verificação de sêmen nas provas materiais precisam ser atualizados, com o emprego da técnica *Christmas Tree* de coloração de esfregaços, com suas superlativas vantagens para o achado fácil e rápido de espermatozóides, bem como a eventual complementação deste exame pela dosagem de fosfatase ácida vaginal, enzima acentuadamente presente em provas que contenham fluido seminal e pelo teste p30, glicoproteína específica de fluido prostático, por conseguinte, um recurso que indica com certeza a presença de esperma mesmo na ausência de espermatozóides, testes laboratoriais estes que foram igualmente introduzidos por nós no País ^(5,6,7).

Para a identificação do indivíduo-fonte da amostra biológica - seja sêmen, sangue, saliva ou pêlo -, impõe-se a sistemática adoção dos testes que demonstrem a presença de marcadores genéticos, desde há muito empregados, como, por exemplo, os do sistema ABO e a enzima fosfoglucomutase, mas praticamente abandonados nesta década em favor das análises de DNA, de inextinguíveis vantagens e que foram introduzidas rotineiramente na área criminal no Brasil também pelo nosso serviço ^(8,9). Através da combinação de técnicas *PCR DQA1*, *PM D1S80* e *STR* de análise de DNA, no Centro de Investigação de Crimes Sexuais, temos atingido invariavelmente graus de inclusão superiores a 99,99%, o que significa que a autoridade policial teria de, hipoteticamente, investigar imaginárias populações de, conforme o caso, milhares, milhões, bilhões e até trilhões de indivíduos para aparecer outro com perfil genético (DNA) igual ao do criminoso nos *loci* cromossômicos analisados!

A fim de tornar completa a abordagem médico-legal e social ao problema dos crimes sexuais violentos, já é tempo de a comunidade voltar sua atenção também para as sobreviventes de estupro, dando-lhes apoio durante a crise desencadeada pela violência sexual, física e psíquica sofrida, aos moldes dos serviços prestados por núcleos constituídos por conselheiros voluntários recrutados na sociedade e formalmente treinados na universidade, como os estabelecidos nos EUA e em treinamento na Universidade de Mogi das Cruzes.

Entretanto, cabe frisar que os esforços dos trabalhos e serviços envolvidos por todo esse complexo sistema, difícil de ser montado e conduzido, pode fracassar totalmente, em especial na sua importantíssima finalidade de identificar criminosos, devido à (imperdoável) omissão na execução de procedimentos pequenos e simples efetuados por médicos e peritos criminalistas, como, particularmente, na coleta de provas biológicas e na coloração de esfregaços.

Ou seja, o sucesso dos serviços sofisticados de um moderno e caro laboratório centralizado de análises de DNA, colocado à disposição da polícia para completar tais exames, fica, paradoxalmente, na dependência do trabalho de campo de profissionais geralmente desmotivados, não treinados e, portanto, despreparados para a execução de tarefas bem mais simples, mas de importância fundamental, de modo que, no desempenho inapropriado dos procedimentos correspondentes ao exame da vítima e coleta das provas podem, bisonhamente, pôr tudo a perder ou criar dificuldades imensas que alongam ou impedem, além de encarecer sobremaneira, a execução dos exames, já por si demorados e dispendiosos. É, obviamente, imperativo que as provas materiais sejam colhidas, acondicionadas, inicialmente examinadas e arquivadas de modo apropriado, sendo que a inobservância desses cuidados periciais elementares costuma resultar na impossibilidade de identificar os criminosos, com prejuízos enormes para a investigação do crime e, conseqüentemente, para a sociedade, como é óbvio.

Assim sendo, urge padronizar o atendimento médico-legal das vítimas, seu exame não podendo se limitar apenas à constatação da penetração e de eventual violência física, mas devendo indispensavelmente ser completado pela coleta de provas destinadas a identificação do estuprador, para o que se requer o uso de um *kit* como o que criamos ⁽¹⁰⁾ segundo as nossas necessidades, de modo que mesmo o médico inexperiente possa efetuá-lo corretamente.

Já para não falar do indispensável, ou seja, de que o atendimento à sobrevivente deve merecer uma atenção médica dupla, ao mesmo tempo **(a)** pericial, na coleta de provas materiais biológicas como fluido vaginal, sangue e, sempre que necessário, de amostras das cavidades retal ou bucal, peles etc., mas, também, **(b)** clínica, quanto aos correspondentes cuidados no tratamento de lesões corporais ou genitais eventualmente presentes, à profilaxia de gravidez indesejada, de doença sexualmente transmissível, de AIDS, a orientação quanto a seguimento tocoginecológico, clínico e psicológico etc., é preciso insistir que o exame ginecológico não pode prescindir de procedimentos elementares desde o indispensável uso do espéculo vaginal, já para não mencionar a simplíssima mas fundamental utilização de *swabs* para a apropriada coleta de material, esta sendo a questão central deste trabalho.

O *swab* nada mais é do que um cotonete de cabo comprido que já vem esterilizado num invólucro de papel, extremamente barato e de uso banal em laboratórios de análises clínicas, sendo, portanto, incrível e decepcionante que os Institutos Médico-Legais e de Criminalística do País ainda não o tenham adotado. Por ser constituído de algodão, material hidrófilo, absorve bastante o fluido vaginal (ou das cavidades bucal e retal) e assim retém ao máximo espermatozóides, bem outros constituintes fluidos e celulares existentes no material coletado. Basta esfregá-lo na cavidade natural (ou na peça de roupa) examinada para que se empape do fluido correspondente, o que deve ser feito mais de uma vez, até enxugar a região examinada. Em seguida os *swabs* usados são friccionados em lâminas para compor os esfregaços, devendo ambos ficar alguns minutos expostos ao ar do local de trabalho para secar naturalmente, os *swabs* e os esfregaços sendo então recolocados nos respectivos invólucros de papel e tubas porta-lâminas, todo esse material devendo permanecer guardado em geladeira até ser enviado para exame. Não se deve alterar absolutamente em nada (ou seja, não há necessidade de usar fixador ou qualquer outro recurso) estes simples procedimentos, pois o que for feito a mais somente irá concorrer para prejudicar ou inutilizar a qualidade das amostras coletadas.

Todas as recomendações feitas acima e técnicas mencionadas foram implantadas pioneiramente no país por nosso serviço e estão em constante desenvolvimento desde 1991, quando a Universidade de Mogi das Cruzes construiu e equipou o Centro de Investigação de Crimes Sexuais - onde acumulamos, atualmente, a experiência de mais de 1.200 tipagens de

DNA em cerca de 350 crimes ocorridos em vários pontos do Brasil -, destinado a aplicar metodologias modernas para a investigação e o enfoque científicos dos crimes sexuais, num padrão que pode servir de modelo para outros núcleos oficiais e universitários, e ser implantado em qualquer ponto do território nacional onde existam vontade e condições apropriadas.

Lamentavelmente, entretanto, já em vários casos a investigação médico-legal e policial foi totalmente truncada devido ao simples fato de as amostras terem sido colhidas sem uso de *swab* e/ou de esfregaços obtidos terem sido inapropriadamente fixados ou corados, ou o que é pior, além de incompreensível simplesmente serem desprezados jogados fora, sob a alegação de que não haveria como arquivá-las...

Bibliografia:

- 1- National Victim Center. Crime Victims Research and Treatment Center Rape in America. At a Glance. In *America. A report to the Nation*. April 23, 1992
- 2- Hampton HL- Care of the woman who has been raped. *The New Engl J Med*; Jan.1995;234 -7.
- 3- Teixeira W.R.G. Colposcopia hímeral em perícias médico-legais (*Tese de Livre Docência*). Mogi das Cruzes (SP)- Univ de Mogi das Cruzes, 1977.
- 4- Teixeira W.R.G. Hymenal colposcopic examination in sexual offenses - *The American J Forens Med and Pathol* 1981 2 (3):209-15.
- 5- Teixeira, W.R.G.; Pacca, G.J.P.; Lima, L.; Teixeira, C.M.P.; Oliveira, P.M.A. Técnica de coloração *Christmas tree* para o achado de espermatozoides em amostras de vítimas de estupro. *Laes & Haes*, 113, junho-julho, 120-128, 1998
- 6- Teixeira W.R.G., Vaginal, rectal and oral acid phosphatase determination in a case of rape. *The American J Forens Med and Pathol* 1982 3 (2):161-3.
- 7- Teixeira, W.R.G.; Pacca, G.J.P.; Lima, L.; Teixeira, C.M.P.; Cerchiari, D.P.; Oliveira, G.D.F.; Oliveira, P.M.A. Teste da fosfatase ácida na comprovação de sêmen no estupro. *Laes. & Haes*, 116, dezembro 98/janeiro 99, 84-94, 1998
- 8- Teixeira, W.R.G.; Pacca, G.J.P.; Lima, L.; Teixeira, C.M.P.; Oliveira, P.M.A. - Um moderno enfoque médico para o estupro. *Revisita de Ginecologia e Obstetrícia* 1998 9 (2):82-87.
- 9- Teixeira, W.R.G.; Pacca, G.J.P.; Lima, L.; Teixeira, C.M.P.; Oliveira, P.M.A. Padronização do exame médico das vítimas de estupro. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia* 1998 9 (2):88-93
- 10- Teixeira W.R.G. Kit para o exame de vítimas de estupro. *INFORMativo ML* 1986 (14):1-2.



INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

Revista IMESC

Nº 1 - dezembro - 1998

Vitimologia e Violência Urbana

José Maria Marlet

Professor Titular de Medicina Forense e Criminologia da
Faculdade de Direito da USP e de
Criminologia da Academia de Polícia de São Paulo

Sendo inúmeras as formas com que se pratica a violência, algumas passíveis de controvérsia, limitamos este estudo a casos de violência letal, pois a morte é uma entidade objetiva, de cuja realidade não se pode duvidar.

Lacassagne e colaboradores, desenvolvendo idéias de Durkheim e de Ferri, acreditam que o crime é um fenômeno social, logo, para estudá-lo, é preciso partir de dados objetivos, capazes de fornecer informações científicas inabaláveis, que nos levem à descoberta de algumas das causas criminogênicas, ao invés de partir de conceituações preconcebidas, que procuram através da observação dos fatos, meras justificativas para as mesmas.

É óbvio que em todo crime há dois sujeitos: o ativo ou autor e o passivo ou vítima.

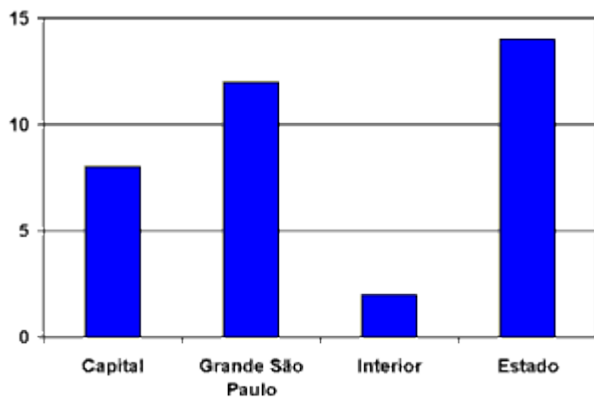
É notório que os estudos criminológicos costumam estar voltados quase que exclusivamente para os autores, esquecendo das vítimas, talvez porque a sociedade se preocupe mais com o autor, que a ameaça com sua conduta do que com a vítima que sofre as conseqüências do ilícito penal.

Para corrigir no possível esta distorção criminológica, aproveitamos as informações extraídas dos laudos necroscópicos do Instituto Médico Legal de São Paulo.

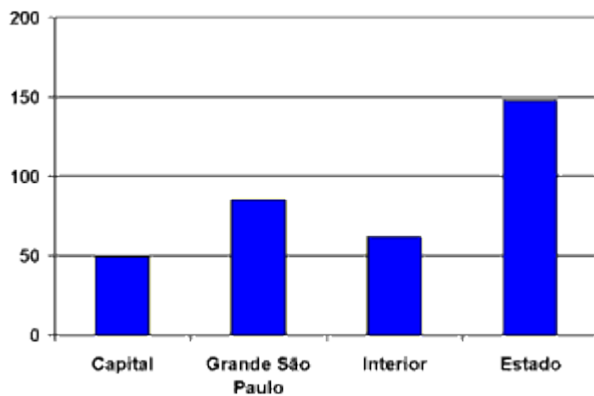
Classificamos as mortes violentas em:

- a) Homicídios;
- b) Suicídios;
- c) Atropelamentos;
- d) Acidentes de trabalho;
- e) Acidentes que não de trabalho;
- f) Afogamentos;

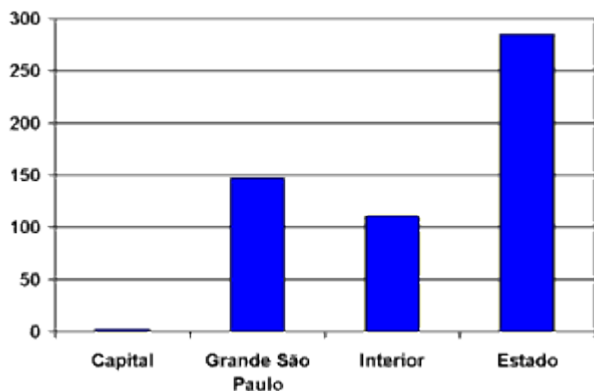
Os resultados encontram-se nos gráficos de n.º 1 a 6.



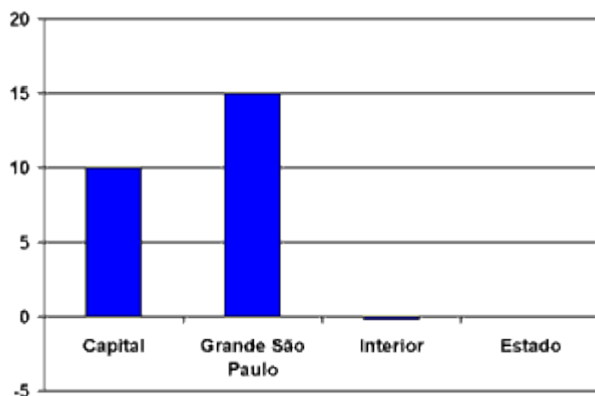
1. O gráfico 1 mostra que na capital tem aumentado, em média, 8 homicídios por mês. O aumento médio do número mensal de homicídios na Grande São Paulo ainda é maior, atingindo 12 casos mensais. No interior do Estado o número mensal médio de homicídios tem aumentado num ritmo bem menor: 2 homicídios por mês. Ao estudar o número mensal de homicídios do Estado, como um todo, observa-se que o acréscimo médio mensal é de 14 homicídios.



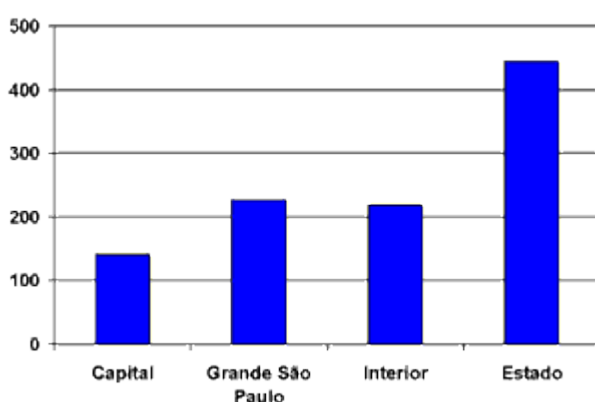
2. O gráfico 2 torna evidente que o número de suicídios tem se mantido constante ao longo de período estudado, tanto na capital (± 49), como na Grande São Paulo (± 85), no Interior (± 62) e no Estado (± 147).



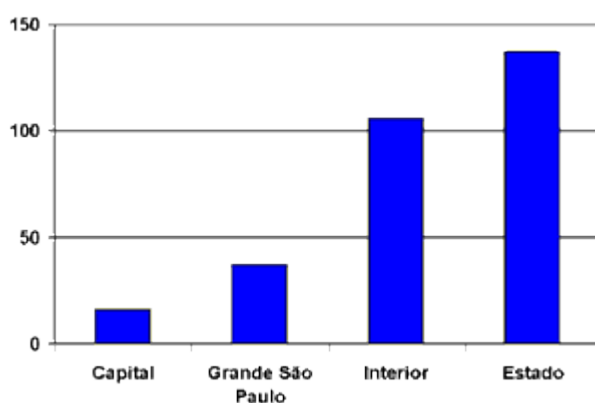
3. O número mensal de mortes por atropelamento, como se pode observar no gráfico 3, tem crescido lentamente, em média, 2 casos mensais na capital. Isto não acontece na Grande São Paulo, onde a média mensal de casos aumenta, em média, (± 147), no Interior (± 111) ou no Estado (± 285).



4. O número mensal de óbitos por acidente do trabalho tem crescido lentamente na capital (± 10) e na Grande São Paulo (± 15), caindo no Interior, onde se constata uma redução mensal média de ($\pm 0,2$). No Estado, como um todo, observa-se tendência a manter constantes os números mensais de óbitos por acidentes do trabalho.



5. O gráfico 5 mostra que o número mensal de êxitos letais por acidentes outros, que não do trabalho, tem-se mantido constante; na Capital (± 141), na Grande São Paulo (± 226), no Interior (± 218) e no Estado (± 444).



6. O número mensal médio de afogamentos, embora com grande acréscimo nos meses quentes e grande diminuição nos meses frios, tem-se mostrado constante ao longo do período estudado. Na Capital houve, em média, 16 afogamentos mensais, na Grande São Paulo, 37, no Interior 106 e no Estado 137.

Do exposto, podemos concluir que:

- a) O aumento do número mensal de homicídios mostra a extrema violência no nosso Estado;
- b) O número cada vez maior de veículos automotores circulante pode explicar o aumento progressivo de mortes por atropelamento;
- c) Os afogamentos apresentam grandes mudanças sazonais, mas sem tendência a aumentar ou diminuir ao longo dos 19 meses estudados.