

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

v.28 - n. 111 - Jul/Set - 2011



**CRM-PR**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 2008/2013**  
**DIRETORIA 01/06/2010 a 31/01/2012**

Presidente:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1º. Secretário:	Cons.	José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons.	Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa
1ª. Tesoureira:	Cons <sup>a</sup> .	Roseni Teresinha Florencio
2º. Tesoureiro:	Cons.	Sérgio Maciel Molteni
Corregedor-Geral:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1ª. Corregedora:	Cons <sup>a</sup> .	Marília Cristina Milano Campos
2º. Corregedor:	Cons.	Roberto Issamu Yosida

**CONSELHEIROS**

Alceu Fontana Pacheco Júnior  
Alexandre Gustavo Bley  
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)  
Arnaldo Lobo Miró  
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Clóvis Marcelo Corso  
Darley Rugeri Wollmann Júnior  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)  
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke  
Gerson Zafalon Martins  
Gustavo Justo Schulz  
Hélcio Bertolozzi Soares  
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)  
Joachim Graf  
José Carlos Amador (Maringá)  
José Clemente Linhares  
Keti Stylianos Patsis  
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)

Luiz Fernando Rodrigues (Londrina)  
Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)  
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Luiz Sallim Emed  
Lutero Marques de Oliveira  
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Marília Cristina Milano Campos  
Mário Teruo Sato  
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)  
Maurício Marcondes Ribas  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Monica De Biase Wright Kastrop  
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)  
Raquela Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)  
Roberto Issamu Yosida  
Romeu Bertol  
Roseni Teresinha Florencio  
Sérgio Maciel Molteni  
Wilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)  
Wilmar Mendonça Guimarães  
Zacarias Alves de Souza Filho

**Membros Natos**

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Carlos Roberto Goytacaz Rocha.

**Departamento Jurídico**

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque  
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

**Departamento de Fiscalização**

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. Graciane Peña Mogollon  
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)  
[defep@crmpr.org.br](mailto:defep@crmpr.org.br)

**SECRETARIA**

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná - CEP 80810-340  
e-mail: [crmpr@crmpr.org.br](mailto:crmpr@crmpr.org.br) - Telefone: (41) 3240-4000 - Fax: (41) 3240-4001

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 28	n. 111	p. 113-172	Jul/Set.	2011
---------------------------	----------	-------	--------	------------	----------	------

**EDITOR**

Ehrenfried Othmar Wittig

**CONSELHO EDITORIAL**

Donizetti D. Giamberardino Filho    Ehrenfried O. Wittig    Gerson Z. Martins    Miguel I.A. Hanna S<sup>o</sup>.  
Hélcio Bertolozzi Soares    Hernani Vieira    João M. C. Martins    Luiz Sallim Emed    Carlos Roberto G. Rocha

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

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

**ENDEREÇOS****CRMPR**

Secretaria    Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre  
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil  
e-mail    Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br  
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br  
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br  
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br  
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br  
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br  
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br  
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos e  
Comissão de Qualificação Profissional: cap@crmpr.org.br  
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br  
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br  
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br

Home-Page    www.crmpr.org.br  
Postal    Caixa Postal 2208  
Telefone    41 3240-4000  
Fax    41 3240-4001

**CFM**

Home-Page    cfm@cfm.org.br  
www.portalmedico@cfm.org.br  
e-mail    jornal@cfm.org.br

**CIRCULAÇÃO**

Edição Eletrônica  
Edição Gráfica (Limitada)

**CAPA**

Criação: Rodrigo Montanari Bento

**DIAGRAMAÇÃO**

Marivone S. Souza (41) 3338-5559

**FOTOLITOS E IMPRESSÃO**

# **ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**

## **EDIÇÃO**

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro. Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

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

## **RESPONSABILIDADE**

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

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

**TEXTO** - pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, artigos, ... para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para [imprensa@crmpr.org.br](mailto:imprensa@crmpr.org.br). Os textos devem conter:

**Título** - sintético e preciso, em português e inglês.

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

**Resumo e Abstract** - Breve descrição do trabalho em português e inglês, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

**Palavras-chave, descritores e keywords** - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 (seis) títulos.

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

**Tabelas** - em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

**Ilustrações (Fotos e Gráficos)** - em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmp.org.br](http://www.crmp.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmp.org.br](mailto:biblioteca@crmp.org.br) ou por telefone 0xx41 3240-4000.

## **ABREVIATURA**

*Arq Cons Region Med do PR*

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná" Conselho Regional de Medicina do Paraná Curitiba, 2011;28(111):113-172 Trimestral 1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico I. Conselho Regional de Medicina do Paraná Arq Cons Region Med do PR ISSN 0104-7620	ABNT
--	------

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

## Sumário

### **ARTIGO**

#### **A Tutela Jurisdicional do Direito à Saúde, Consubstanciada na Determinação de Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Tratamentos Médico-Hospitalares Pelo Estado**

Mônica Cristina da Costa ..... 113

### **PARECERES**

#### **Remuneração e Honorários Médicos**

Hélcio Bertolozzi Soares ..... 135

#### **Atestado Médico por Plantonista e um Arquivo de Cópias de Atestados**

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi ..... 140

#### **Solicitação de Exames Para Drogas de Abuso em Exame Ocupacional**

Alexandre Gustavo Bley ..... 142

#### **Útero de Substituição, Reprodução Assistida, Embriões**

Hélcio Bertolozzi Soares ..... 145

#### **Recusa de Fornecer Informações Sobre Atendimento de Trabalhador**

Clóvis Marcelo Corso ..... 148

#### **Honorários Médicos**

Clóvis Marcelo Corso ..... 151

#### **Relação Médico/Pacientes/Familiares. O Tratamento, o Tempo de Consentimento Livre e Informado e a Fase Terminal de Vida**

Marta Vaz Dias de Souza Boger ..... 154

#### **Prescrição e Reembolso de Lente de Contato**

Mario Teruo Sato ..... 160

#### **Clínica de Estética e Salão de Beleza Estão Vinculados e não Podem se Estabelecer**

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke ..... 162

#### **Médico Assistente Deve Fornecer o Atestado Médico na Alta Médica de Paciente**

Keti Stylianos Patsis ..... 164

#### **Medicina do Trabalho - Atestado Médico Retroativo com Afastamento por Doença com Data de Desligamento com Aviso Posterior ao de Dispensa**

Keti Stylianos Patsis ..... 166

### **MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

Mário Braga de Abreu ..... 169

Ehrenfried Othmar Wittig ..... 169

# **A TUTELA JURISDICIONAL DO DIREITO À SAÚDE, CONSUBSTANCIADA NA DETERMINAÇÃO DE FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES PELO ESTADO**

Mônica Cristina da Costa\*

**Palavras-chave** - judicialização, medicina, gratuidade, medicamentos, direito à saúde, jurisdição, Estado, consubstanciada, constituição

## **THE JUDICIAL PROTECTION OF THE RIGHT TO HEALTH, EMBODIED IN THE DETERMINATION TO PROVIDE FREE MEDICINES AND MEDICAL TREATMENT BY THE STATE**

**Key-words** - legalization, medical, gratuity, medicines, right to health, jurisdiction, State, consolidated, constitution

### **RESUMO**

O presente estudo tem por objetivo demonstrar as posições doutrinárias acerca da legitimação do Poder Judiciário em determinar o fornecimento gratuito pelo Estado de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares aos pacientes que, valendo-se do direito de ação, se socorram do Sistema de Justiça. A fim de oportunizar uma melhor compreensão do tema, o estudo foi dividido em dois capítulos. O primeiro aborda aspectos históricos, a natureza jurídica do direito à saúde no Brasil e traz explicações acerca do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas adotadas no país. Em seguida, o segundo capítulo apresenta as posições antagonicas acerca da possibilidade jurídica dos mencionados pleitos, bem como elenca os requisitos que vêm sendo utilizados pelos magistrados para que o pedido seja provido, e, ainda, revela a possibilidade de ofensa ao princípio isonômico diante da determinação judicial de concessão das prestações.

### **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>6</b>
<b>DIREITO À SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>6</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	6
1.2 CONCEITO .....	6

---

\* Servidora Pública Federal, com atuação na Vara Federal de Mafra (SC). Monografia premiada na 22ª edição do Concurso de Monografia Sobre Ética, Bioética e Profissão Médica, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, que teve como tema central "Judicialização da Medicina".

1.3	BREVE HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	7
1.4	O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ (Constituição Federal de 1988).....	8
1.5.	NATUREZA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE - A EFICÁCIA E APLICABILIDADE DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL.....	10
1.6	DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE NO BRASIL. ....	12
1.6.1	Princípio da Relevância Pública.....	13
1.6.2	Princípio da Prevenção.....	13
1.6.3	Princípio da Universalidade de Cobertura e Atendimento.....	13
1.6.4	Princípio da Seletividade e Distributividade dos Serviços ou Reserva do Possível.....	14
1.6.5	Princípio da Integralidade.....	15
1.7	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
1.7.1	A Política Nacional de Fornecimento de Medicamentos e Tratamentos Médico-Hospitalares.....	16
<b>CAPÍTULO II.....</b>		<b>19</b>
<b>A TUTELA JURISDICIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....</b>		<b>19</b>
2.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DO DIREITO DE AÇÃO.....	19
2.2	O RECONHECIMENTO EM JUÍZO DO DIREITO SUBJETIVO À SAÚDE MEDIANTE O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.....	19
2.2.1	A “Judicialização” das Políticas Públicas.....	21
2.2.2	Crítérios Limitadores da Tutela Jurisdicional do Direito à Saúde.....	21
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

A falta de implementação pelo Estado dos direitos fundamentais, individuais e sociais subjetivos previstos na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, incita o ativismo da crescente multidão de excluídos a buscar meios de prover o que lhes é de direito.

Descrentes na efetividade conferida pelo Estado e por seus representantes eleitos às normas garantidoras da dignidade humana, aqueles que se acham ameaçados ou lesados passam a exercer o direito de ação, a recorrer ao Poder Judiciário - legitimando-o politicamente a exercer função facilmente reconhecida como sendo do Poder Executivo - e a requerer o fornecimento gratuito de tratamentos de saúde.

É nesse contexto que surge a legitimação política do Poder Judiciário – criticada por alguns, reconhecida e elogiada por outros – para apreciar e julgar os inúmeros requerimentos de fornecimento gratuito e imediato de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares pelo Estado, conferindo aplicabilidade e eficácia ao direito social à saúde.

Surge, então, a importância das decisões judiciais que conferem a uma minoria, que detém o acesso à justiça, o direito ao recebimento de tratamentos de saúde, em provável detrimento ao princípio da isonomia e ao direito de tantas outras pessoas que aguardam a implementação dos mesmos pedidos administrativamente.

Não se pode cogitar no descarte imediato da análise jurisdicional nesses casos, uma vez que a todos é garantido o direito de ação; como também não se pode legitimar o Poder Judiciário a estabelecer novas normas administrativas,

promovendo a atualização da lista de medicamentos essenciais que devem estar disponíveis na farmácia básica do Sistema Único de Saúde.

Ademais, se esse for o único meio de garantir tratamentos de saúde às pessoas, o acesso à justiça é que vai determinar os que exercerão o seu direito, em detrimento da isonomia constitucional e da impessoalidade do ato administrativo.

Este trabalho tem, portanto, o objetivo de verificar a legitimidade de atuação do Poder Judiciário na efetivação do direito social à saúde, por meio do provimento conferido aos pedidos de fornecimento de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares, correlacionando-a com a possibilidade de ferimento ao princípio da isonomia.

Os objetivos específicos compreendem a análise histórica e da natureza jurídica do direito à saúde no Brasil, com vistas à compreensão de sua eficácia e aplicabilidade; o estudo das políticas públicas de saúde que vêm sendo adotadas no país; a possibilidade jurídica do pedido em comento; os requisitos para o seu provimento e os aspectos que apontam na direção de um eventual ferimento ao princípio da isonomia.

## **CAPÍTULO I DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

### **1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS**

A saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, compõe o sistema da Seguridade Social no Brasil, vigente na atualidade por conta de expressa disposição na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. É direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (art. 196, Constituição Federal<sup>1</sup>).

### **1.2 CONCEITO**

A etimologia da palavra saúde advém do adjetivo latino *salus*, cujo significado é estar *são*<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde - organização internacional que propôs a realização das Conferências Mundiais de Saúde com integração de todos os países - define e conceitua o substantivo saúde como “um estado completo de bem-estar físico e mental do ser humano, e não apenas a ausência de enfermidade”. A definição encontra-se no preâmbulo da Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, assinada em 22 de julho de 1946<sup>3</sup>.

Diferentemente do que permeia a sabedoria comum, a saúde compreende aspectos mais amplos que a simples condição de estar saudável.

<sup>1</sup> BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado. Brasília, DF: 1988.  
<sup>2</sup> **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=Sa%C3%BAde>>. Acesso em 25.5.2011.

<sup>3</sup> **Constitución de La Organización Mundial de la Salud**. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>>. Acesso em 25.5.2011.

Por certo, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos correspondem a uma pequena parte de ações indispensáveis à efetivação do direito à saúde. Além disso, há de se desenvolver programas de medicina preventiva, de controle de doenças por meio do acesso a moradias dignas e saneamento básico, bem como de combate à desnutrição e à subnutrição.

### 1.3 BREVE HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

É de se ver que a preocupação com a saúde surge ao tempo em que aparecem as primeiras organizações sociais passíveis de serem chamadas de Estados, como afirma Luis Roberto Barroso<sup>4</sup>.

O autor destaca que a trajetória da saúde pública no Brasil tem o seu termo inicial no século XIX, com a chegada da família real portuguesa. Durante aquela época, eram desenvolvidas algumas ações que objetivavam combater a peste e a lepra, bem como uma espécie de controle sanitário exercido principalmente nas proximidades de portos e nas ruas.

Entre os anos de 1870 e 1930 o Estado passa a adotar algumas ações mais efetivas na área da saúde, adotando, inclusive, um modelo “campanhista”, quando obteve importantes resultados ao conter epidemias. Foi nessa época em que o Brasil erradicou a febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. No entanto, ainda não havia no país ações públicas curativas, com vistas a tratar e prevenir moléstias. Essas somente eram disponibilizadas no âmbito privado e em promoções de caridade.

Em 24 de janeiro de 1923, foi publicado o Decreto Legislativo 4.682 (conhecido como Lei Eloy Chaves). Tal diploma legal criou as caixas de aposentadorias e pensão, contemplando seus beneficiários com benefício previdenciário e assistência à saúde. É considerado o marco inicial da Previdência Social no Brasil, em que pese favorecer tão somente a classe dos ferroviários<sup>5</sup>.

Posteriormente, em 1930, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, (Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930), que, em 1953, por força do Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953, transformou-se em Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

Em seguida, surgem os Institutos de Previdência, chamados IAP's, que ofereciam serviços de saúde de caráter curativo. Contudo, tais institutos atendiam somente a categoria profissional a que fossem vinculados e ofereciam, inclusive, serviços hospitalares. A parte curativa da saúde não era garantida a todas as pessoas, restringindo-se como benefício assegurado aos trabalhadores contribuintes dos institutos de previdência<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de Efetividade à Judicialização Excessiva**: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a Atuação Judicial. Disponível em: < <http://www.google.com.br/search?q=BARROSO%2C+Luis+Roberto.+Da+falta+de+Efetividade+%C3%A0+Judicializa%C3%A7%C3%A3o+E+excessiva%3A+Direito+%C3%A0+Sa%C3%BAde%2C+Fornecimento+Gratuito+de+Medicamentos+e+Par%C3%A2metros+para+a+Atua%C3%A7%C3%A3o+Judicial%2C+2005%2C+p.+&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a> >. Acesso em 25.5.2011.

<sup>5</sup> TSUTIYA, Augusto Massayuki. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 2ª Ed. Saraiva, São Paulo, 2008, p. 9.

<sup>6</sup> Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: < <http://www.funasa.gov.br/internet/museu-CronHis.asp> >. Acesso em 25.5.2011.

<sup>7</sup> Wikipédia - A Enciclopédia Livre. Disponível em: < [http://pt.wikipedia.org/wiki/Saúde\\_pública](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde_p%C3%BAblica) >. Acesso em 25.5.2011.

Com a ascensão dos militares ao poder, os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) foram unificados e transformaram-se no chamado INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Vinculados ao INPS, foram criados os Serviços de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Dessa forma, segundo Barroso, todos os trabalhadores com carteira assinada, eram contribuintes e beneficiários do novo sistema, tendo direito a atendimento na rede pública de saúde.

Todavia, grande parte da população brasileira, como os desempregados, os autônomos, e aqueles que realizassem exclusivamente trabalhos informais, continuavam alheios ao direito à saúde, permanecendo na dependência da caridade pública, como se ainda vivessem no século XIX.

#### 1.4 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ (Constituição Federal de 1988)

A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 5 de outubro de 1988, o direito à saúde deixou de ser restrito aos trabalhadores formais e passou a ser garantido a todos os trabalhadores e cidadãos brasileiros.

Oportuno ressaltar que a Constituição Federal de 1988 é também chamada de constituição cidadã por “proteger interesses do povo brasileiro contra o arbítrio, o casuísmo e o autoritarismo – tornando cláusulas pétreas a igualdade, liberdade justiça e alternância de poder”<sup>8</sup>.

Preliminarmente, necessária se faz uma abordagem da garantia constitucional da inviolabilidade do direito à vida, já que, por óbvio, é intimamente ligada à preservação da saúde.

Aos brasileiros e aos estrangeiros residentes em nosso País é garantida a inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, *caput*, Constituição Federal de 1988) que, certamente, é o mais fundamental de todos os direitos, já que o exercício de qualquer outro pressupõe a sua existência.

Para Alexandre de Moraes<sup>9</sup>, “o direito humano fundamental à vida deve ser entendido como direito a um nível de vida adequado com a condição humana, ou seja, direito à alimentação, vestuário, assistência médico-odontológica, educação, cultura, lazer e demais condições vitais”.

É justamente nesse aspecto que reside a obrigatoriedade do Estado em garantir um padrão de vida em que sejam respeitados os objetivos e fundamentos da República Brasileira, como a dignidade da pessoa humana, a construção de uma sociedade livre justa e solidária; a erradicação da pobreza e da marginalização; a redução das desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Mas não é suficiente.

A fim de disponibilizar às pessoas uma vida condizente com a dignidade que lhes é indispensável, obrigatoriamente o Estado deverá garantir o acesso do

<sup>8</sup> LACERDA, Nelson. **Constituição-Cidadã de 88 e suas 56 Emendas**. Disponível em: <[http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/5192/Constituicao-Cidada\\_de\\_88\\_e\\_suas\\_56\\_Emendas](http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/5192/Constituicao-Cidada_de_88_e_suas_56_Emendas)>. Acesso em 29.5.2011.

<sup>9</sup> MORAES, Alexandre de. **Curso de Direito Constitucional**. 23ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008, p.35.

cidadão e de quem mais o valha, aos direitos sociais: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e previdência social.

Dessa forma, é certo que o direito fundamental à vida permanece atrelado ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao acesso à saúde, pois a existência digna depende das prestações necessárias à preservação, manutenção e ao restabelecimento da saúde.

Foi no Título VIII, da Constituição Federal de 1988 – “Da Ordem Social”, Capítulo II – “Da Seguridade Social”, Seção II – “Da Saúde”, que o direito à saúde auferiu os seguintes contornos: a) foi reconhecido como direito de todos; b) ao Estado foi imposto o dever de garanti-lo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos; e c) foi determinado que o acesso à saúde deve ser universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.<sup>10</sup>

Em virtude da expressiva relevância pública das ações e serviços de saúde, o próprio texto constitucional tratou de atribuir ao Poder Público o poder de dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Ainda, foi estabelecido que tais ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado conforme as diretrizes nele previstas, que serão estudadas mais adiante.

## 1.5. NATUREZA JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE - A EFICÁCIA E APLICABILIDADE DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

A saúde, juntamente com a alimentação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade à infância, a assistência aos desamparados e a moradia é direito fundamental e social. Os direitos fundamentais podem ser conceituados como aqueles preceitos positivados que visam a garantir uma convivência digna, livre e igual aos membros de uma sociedade, conforme assevera José Afonso da Silva<sup>11</sup>.

A fim de facilitar o estudo dos direitos fundamentais, modernamente, a doutrina classifica-os em direitos de primeira, segunda e terceira geração. Há aqueles que indicam, ainda, a quarta, quinta e sexta geração de direitos.

Para este estudo devemos nos ater às características dos direitos sociais, classificados como de segunda geração.

José Afonso da Silva<sup>12</sup> assim conceitua os direitos sociais:

Podemos dizer que os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais.

<sup>10</sup> ZANDONÁ, Fernando. *Política Nacional ou Judicial de Medicamentos?* Disponível em: [http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm), 2008. Acesso em: 25.5.2011.

<sup>11</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 24 ed., Malheiros, São Paulo, 2005, p. 178

<sup>12</sup> SILVA, 2005, p. 286.

São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais de propiciar o auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

Estes, são iminentes ao conceito de igualdade, como afirma Paulo Bonavides<sup>13</sup>: “nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual não se podem separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-los da razão de ser que os ampara e estimula”.

Assim, por exigirem do Estado prestações materiais que importam na disponibilidade de recursos e meios de efetivação, aos direitos sociais não era conferida normatividade suficiente.

Em uma evolução histórica, na seqüência, considerando a eficácia duvidosa, em virtude da própria natureza de tais direitos, passaram eles a serem alçados como de conteúdo programático, já que destinados a tão-somente nortear o legislador quando da consecução da norma. Tal conceituação, segundo leciona Paulo Bonavides<sup>14</sup>, precedeu a outra crise de juridicidade: a da observância e execução. Contudo, o referido autor antevê o fim desta fase, com os termos das constituições recentes que, como a brasileira, de 1988, formularam o preceito da aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais.

O doutrinador Augusto Massayuki Tsutiya<sup>15</sup> atribui às normas definidoras de direitos sociais cunho programático, porquanto, segundo ele, são destituídas de caráter imperativo. Assevera que tais diplomas impõem deveres de conteúdo muito mais moral do que jurídico, veiculando princípios norteadores da atuação do legislador infraconstitucional no intento de possibilitar a consecução dos objetivos traçados.

De outro lado, segundo boa parte dos doutrinadores, dentre os quais se enquadra Paulo Bonavides, cujo entendimento acerca do tema foi anteriormente sopesado, as normas estatuidoras de direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são dotadas de aplicabilidade imediata.

É que a própria Constituição Federal, no seu artigo 5º, § 1º, dispõe que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

Os tribunais vêm se manifestando no sentido de que o direito à saúde, além de qualificar-se como direito fundamental, representa conseqüência constitucional indissociável ao direito à vida.

Por ser o direito à saúde inerente à vida, o artigo 196 da Constituição Federal não se trataria de norma programática, mas de norma definidora de direito fundamental, portanto, haveria de se reconhecer sua aplicabilidade imediata a teor do que dispõe o parágrafo primeiro do artigo 5º.

A aplicação prática do direito ao fornecimento dos medicamentos e tratamentos médico-hospitalares, derivado do direito fundamental social à saúde,

---

<sup>13</sup> BONAVIDES, 2004, p. 564.

<sup>14</sup> BONAVIDES, 2004, p. 565.

<sup>15</sup> TSUTIYA, 2008, p. 395.

decorre da ponderação entre diversos direitos fundamentais - como o direito à vida, à saúde, ao respeito à dignidade humana e à liberdade - e alguns institutos também previstos na Carta Magna, como a competência orçamentária do legislador, os princípios da igualdade e da democracia, a reserva do possível, a eficiência da administração pública e a separação dos poderes.

É certo, ainda, que tais contradições decorrem do próprio texto constitucional. Por conta da proteção por ele conferida a bens jurídicos antagônicos, pode vir a ocorrer a colisão ou conflito de normas.

## 1.6 DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE NO BRASIL.

Em síntese, princípios são o norte, as premissas que envolvem um sistema<sup>16</sup>.

A Saúde, concebida como componente dos elementos formadores da Seguridade Social no Brasil é regida pelos princípios previstos no artigo 194 da Constituição de Federal de 1988. Dentre eles, destaca e explica Augusto Massayuki Tsutiya<sup>17</sup>:

### 1.6.1 Princípio da Relevância Pública

Está expressa no *caput* do artigo supramencionado a notoriedade e abrangência conferida à Saúde no Brasil. Tal disposição acaba por conferir uma força determinante de princípio-garantia, cujo detentor é o cidadão que poderá opô-la contra o Estado.

### 1.6.2 Princípio da Prevenção

Trata-se de ampliar o aspecto de atuação do poder público, mediante as políticas de saúde. Estas devem atuar não só na seara curativa, mas também visando à prevenção das moléstias, cujas ações são muito menos onerosas do que as que visam o tratamento das enfermidades. É a aplicação prática do conhecido ditame popular: “antes prevenir do que remediar”.

### 1.6.3 Princípio da Universalidade de Cobertura e Atendimento

Os serviços de saúde devem atender o máximo de situações a fim de cobrir o maior número de beneficiários. É que a prestação do serviço público de saúde deve estar disponível a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, conforme dispõe o artigo 5º, *caput* da Constituição de Federal de 1988. Estes são titulares dos direitos fundamentais sociais, dentre eles o direito à saúde.

É possível afirmar que, no direito brasileiro, a universalidade se relaciona à gratuidade no acesso aos serviços.

<sup>16</sup> **Dicionário Aurélio Eletrônico** – XXI. Versão 3.0. Editora Nova Fronteira, 1999.

<sup>17</sup> TSUTIYA, 2008, p. 399.

O acesso universal igualitário reclama uma prestação pública de saúde em que se observem as especificidades dos grupos, como afirma Roger Raupp Rios, para quem:

[...] numa sociedade plural e diversa, cumprir a obrigação de propiciar acesso universal igualitário significa, na medida do possível, considerar a diversidade cultural, social, econômica e geográfica presente nos indivíduos e grupos destinatários das políticas públicas de saúde, tornando o sistema de fornecimento de bens e serviços pertinentes à saúde capaz de atendê-los. Nessa linha de pensamento, pode-se falar num direito difuso a um sistema de saúde que conjugue medidas genéricas e medidas específicas (que considerem a especificidade de cada grupo) de prevenção e promoção da saúde, como aponta, por exemplo, a ideia de redução de danos entre usuários de drogas<sup>18</sup>.

De acordo com o disposto no texto constitucional, o acesso universal significa que todos, independentemente da condição econômica, compartilham os mesmos serviços públicos de saúde.

Essa conclusão vai de encontro com a utilização do critério da hipossuficiência econômica – que vem sendo utilizado como primordial para a concessão da tutela jurisdicional de fornecimento de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares. Tal requisito (que será melhor analisado mais à frente) para alguns doutrinadores, fere o princípio da universalidade do serviço público de saúde.

#### 1.6.4 Princípio da Seletividade e Distributividade dos Serviços ou Reserva do Possível

São princípios destinados ao legislador. Pela seletividade, poderá este eleger os serviços a serem cobertos. Já a distributividade implica a criação de critérios, requisitos para acesso ao objeto de proteção, de forma a atingir o maior número de pessoas, proporcionando assim uma cobertura mais ampla. Nessa perspectiva, o princípio da seletividade e distributividade impõe limites ao princípio da universalidade e cobertura no atendimento. Confunde-se com o princípio da reserva do possível, o que significa que a oferta de ações e serviços de saúde deve estar em consonância com a realidade econômica do país.

#### 1.6.5 Princípio da Integralidade

Segundo Roger Raupp Rios<sup>19</sup>, de acordo com o princípio da integralidade deve ocorrer uma racionalização do sistema de serviço de saúde que deve ocorrer de modo hierarquizado, buscando articular ações de baixa, média e alta complexidade, bem como humanizar os serviços e as ações do sistema único de saúde.

<sup>18</sup> RIOS, Roger, Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas:** princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos, 2009. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em: 25.5.2011

<sup>19</sup> RIOS, Roger, Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas:** princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos, 2009. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em: 25.5.2011

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990<sup>20</sup> regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

A referida norma dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Dentre as atribuições do sistema previstas no artigo 6º da Lei nº 8.080/90, está a *formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção*.

## 1.7 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Eduardo Appio<sup>21</sup>, citando Jean Carlos Dias, define políticas públicas:

[...] são programas de intervenção estatal a partir de sistematizações de ações do Estado voltadas para a consecução de determinados fins setoriais ou gerais, baseadas na articulação entre a sociedade, o próprio Estado e o mercado.

Tais políticas são “instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidades aos cidadãos”<sup>22</sup>.

### 1.7.1 A Política Nacional de Fornecimento de Medicamentos e Tratamentos Médico-Hospitalares.

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É função do Ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro<sup>23</sup>.

A Portaria nº 3.916, expedida pelo Ministério da Saúde, em 30 de outubro de 1998, estabelece a Política Nacional de Medicamentos, confere a este órgão o poder-dever de estabelecer e concretizar ações que visem à atualização contínua da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), priorizando aqueles medicamento de assistência ambulatorial e, ainda, que garantam a prevenção e o combate das moléstias mais comuns<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1980.

<sup>21</sup> APPIO, Eduardo. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. 4ª Ed. Curitiba: Juruá, 2007, p. 133.

<sup>22</sup> APPIO, 2007, p. 136

<sup>23</sup> Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm> Acesso em 25.5.2011.

<sup>24</sup> Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?q=Portaria+MS+3.916%2FGM%2F98&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=i&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-g>> Acesso em 25.5.2011.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é uma publicação do Ministério da Saúde com os medicamentos para combater as doenças mais comuns que atingem a população brasileira<sup>25</sup>.

O governo federal conta ainda com diversos outros programas para o atendimento e a concessão de tratamentos médico-hospitalares consubstanciados em políticas públicas específicas, com vistas ao atendimento especializado de diferentes grupos sociais.

Entre os objetivos de tais políticas encontra-se a ampliação da oferta de cirurgias e tratamentos médico-hospitalares e a consequente redução das filas de espera<sup>26</sup>.

Cumprir destacar que a Portaria nº 3.916, do Ministério da Saúde, anteriormente mencionada, criou a Política Nacional de Medicamentos com a finalidade precípua de assegurar o acesso integral da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, a fim de que os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuem em parceria.

A própria Política Nacional de Medicamentos definiu como prioridades a consecução das seguintes questões<sup>27</sup>:

I – revisão permanente da RENAME; II – assistência farmacêutica; III – uso racional de medicamentos; IV – campanhas educativas; V – registro e uso de medicamentos genéricos; VI – formulário terapêutico nacional; e VII – farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

Dessa forma, pode-se afirmar que o Estado brasileiro tratou de formular políticas públicas não expressamente previstas na Constituição Federal, de forma a regulamentar o disposto no artigo 196 do referido diploma legal.

Todavia, é cediço que o Estado brasileiro encontra várias dificuldades em implementar políticas públicas que efetivamente garantam o direito à saúde, de forma igualitária e integral, aos cidadãos e estrangeiros aqui residentes, na forma da Lei.

Isso porque vivemos em um Estado com altos índices de corrupção política, consubstanciada principalmente no desvio das verbas públicas. Tal condição acarreta em graves danos à sociedade que acaba ficando sem a devida proteção garantida constitucionalmente. Mas não é só isso.

O despreparo técnico que advém dos baixos salários daqueles que atuam diretamente na implementação das políticas públicas, aliado à ausência de uma séria alocação de recursos e das dificuldades por conta da dimensão territorial do país, ampliam as dificuldades encontradas pelo Estado em garantir o acesso às políticas públicas de saúde.

<sup>25</sup> Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32820&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32820&janela=1)> Acesso em 25.5.2011.

<sup>26</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** - Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Disponível em [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br). Acesso em 18.6.2011.

<sup>27</sup> Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?q=Portaria+MS+3.916%2FGM%2F98&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>> Acesso em 25.5.2011.

Ademais, cumpre destacar a influência da ignorância da população quanto aos seus direitos básicos.

Por conta disso, o Poder Judiciário tem comumente sido chamado a intervir a fim de garantir a inclusão social e a efetivação dos direitos fundamentais.

## **CAPÍTULO II**

### **A TUTELA JURISDICIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

#### **2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DO DIREITO DE AÇÃO.**

O inciso XXXV, do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, dispõe que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Portanto, sempre que houver violação do direito, o Poder Judiciário, no exercício da jurisdição, será chamado a intervir e aplicar o direito ao caso concreto<sup>28</sup>.

Em conclusão, o direito de ação é direito fundamental, subjetivo, que atribui aos cidadãos a possibilidade de obter o provimento jurisdicional (pronunciamento da justiça) acerca de determinado caso concreto.

#### **2.2 O RECONHECIMENTO EM JUÍZO DO DIREITO SUBJETIVO À SAÚDE MEDIANTE O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS**

Em face do direito de ação e considerando a aplicabilidade imediata do direito subjetivo à saúde (praticamente unânime na doutrina e jurisprudência consoante supramencionado), estaria o Poder Judiciário legitimado a analisar o conflito de interesses entre o indivíduo que se considere lesado ou ameaçado em seu direito e o Estado.

Todavia, há outras questões relevantes que obstam a simplicidade de tal raciocínio, uma vez que a tutela jurisdicional do direito à saúde impõe consequências que transcendem os limites da lide e da simples condenação do ente público a uma prestação positiva individual.

Segundo Pedro Rui da Fontoura Porto<sup>29</sup>, a legitimidade política do Poder Judiciário surge da crítica à insuficiência democrática dos poderes políticos - pois o que move a classe política são interesses distantes daqueles que os prenderam ao voto dos governados - e da expectativa de que o palco judicial possa tornar-se um mecanismo de efetivação dos direitos sociais de uma sociedade civil hipossuficiente, quando a esfera político-representativa vem se mostrando ineficiente para tal mister.

Contudo, continua o referido autor no sentido de que é preciso afastar a ideia de que todos os problemas sociais podem ser resolvidos pelo Poder Judiciário, pois desacreditaria o sistema de justiça e transformaria o Poder Judiciário em alvo de críticas pela não implementação de programas, cuja legitimidade originária nem é sua.

---

<sup>28</sup> MORAES, 2008, p. 82.

<sup>29</sup> PORTO, 2006, p.234

A pretexto de exemplificar as implicações decorrentes do reconhecimento em juízo de qualquer direito subjetivo que não esteja sendo prestado pelo poder público, Zandoná<sup>30</sup> assevera:

[...] se isso fosse admitido, teríamos necessariamente de admitir que todos teriam o direito subjetivo de postular em juízo, por exemplo, as seguintes prestações que, sem dúvida alguma, são necessárias para efetivação de vários direitos fundamentais: (a) alimentação; (b) educação; (c) moradia; (d) trabalho; (e) segurança; (f) salário mínimo nos moldes do art. 7º, IV; (g) saneamento básico etc. Se fosse adotada a mesma linha que vem sendo seguida no que tange ao fornecimento de medicamentos, por questão de coerência, as decisões judiciais deveriam, necessariamente, acolher, v.g., o pedido de fornecimento de alimentos. Ademais, ninguém pode defender que a prestação de “medicamentos” é mais relevante do que a de “alimentos”, pois sem estes não há vida, nem saúde a ser preservada ou restabelecida por remédios modernos.

Nesse contexto surgem diversas discussões que compreendem, dentre outros temas, a judicialização das políticas públicas, os critérios limitadores da atuação do Poder Judiciário, o eventual ferimento ao princípio da igualdade diante da constatação de que somente àqueles que têm acesso à justiça e se socorrem do Judiciário estão sendo contemplados com prestações positivas do Estado a lhes garanti tratamentos médicos (este último será analisado em capítulo próprio).

Argumentos dissonantes acerca desses aspectos serão especificamente analisados nesse estudo.

### 2.2.1 A “Judicialização” das Políticas Públicas

Trata-se de fenômeno recente, que diuturnamente vem sendo discutido pela doutrina.

Possivelmente, estamos diante de uma nova ordem estatal em que o magistrado passa a figurar como garantidor da eficácia dos preceitos constitucionais de maneira veemente.

Em que pese o pensamento tradicional que afirma que o Poder Judiciário não possui vontade política própria, porquanto, ao aplicarem as leis, os juízes estariam somente concretizando decisões tomadas pelo constituinte e pelo legislador, é certo que juízes e tribunais não desempenham uma atividade puramente mecânica; até porque lhes cabe interpretar expressões vagas e indeterminadas como, por exemplo, dignidade da pessoa humana, direito de privacidade ou boa-fé objetiva<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> ZANDONÁ, Fernando. **Política Nacional ou Judicial de Medicamentos?** Disponível em: [http://www.revista-doutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revista-doutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm), 2008. Acesso em: 25.5.2011.

<sup>31</sup> MATTOS, Karina Denari Gomes de. **Ativismo Judicial e Direito à Saúde: Uma Análise da Tutela Jurisdicional nas Ações de Medicamentos.** Disponível em: < <http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF8&sourceid=navclient&q=ATIVISMO+JUDICIAL+E+DIREITO+%C3%80+SA%C3%9ADE%3A+UMA+AN%C3%81LISE+DATUTELA+JURISDICIONAL+NAS+A%C3%87%C3%95ES+DE+MEDICAMENTOS>. 2008 Acesso em 20.5.2011, p. x.

Em conclusão, deve-se admitir que a judicialização das questões atinentes à efetivação das políticas públicas acarreta, conforme assinalado anteriormente, em várias discussões acerca de sua legitimidade.

### 2.2.2 Critérios Limitadores da Tutela Jurisdicional do Direito à Saúde

A doutrina e a jurisprudência traçam limites à atuação do Poder Judiciário na tutela do direito subjetivo à saúde determinando critérios de aplicação da norma ao caso concreto. Aqui serão analisados os critérios de adequação que vêm sendo utilizados.

Primeiramente, de forma ampla, serão discutidos os aspectos que informam a generalidade de questões relacionadas à intervenção judicial e a possibilidade jurídica dos pedidos, como a reserva do possível, o mínimo existencial, a teoria da separação dos poderes e o risco de ferimento ao princípio democrático.

Em um segundo momento, serão abordados os critérios que vêm sendo definidos pelos magistrados na aplicação do direito ao caso concreto, como o da hipossuficiência financeira, da adequação e eficácia do medicamento, da urgência e indispensabilidade de seu uso e da necessidade de prévia negativa de fornecimento administrativo.

Aspectos gerais quanto à possibilidade jurídica dos pedidos de fornecimento de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares de forma gratuita pelo Estado são aqueles cuja discussão acarreta na admissibilidade ou não, em juízo, do pedido.

Canotilho, citado por Giovani Bigolin<sup>32</sup>, aponta a dependência da efetivação dos direitos sociais ao que chama de *reserva do possível*. Estaria a aplicação material dos direitos sociais, portanto, condicionada à existência de recursos financeiros do Estado. Ao que conclui ser a escassez dos recursos públicos um verdadeiro “limite fático à efetivação dos direitos sociais prestacionais”.

A escassez de recursos como desculpa pela falta de implementação de políticas públicas é ato corriqueiro. Ao Poder Judiciário é dado desconstituir tal alegação?

Como visto anteriormente, a doutrina e a jurisprudência contemporânea parecem ter superado, salvo exceções, a conceituação dos direitos sociais como normas de conteúdo programático, atribuindo-lhes a condição de direitos subjetivos de aplicabilidade imediata.

Assim, diante da aplicabilidade imediata da norma e reconhecida a existência da limitação dos recursos do Estado, boa parte da doutrina entende que somente o “mínimo existencial” poderia ser garantido imediatamente.

Giovani Bigolin<sup>33</sup> conceitua o mínimo existencial como o “conjunto formado pela seleção dos direitos sociais, econômicos e culturais considerados mais relevantes, por integrarem [...] o núcleo da dignidade da pessoa humana”.

<sup>32</sup> BIGOLIN, Giovani. **A Reserva do Possível como Limite à Eficácia e Efetividade dos Direitos Sociais**, 2004. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 25.5.2011.

<sup>33</sup> BIGOLIN, Giovani. **A Reserva do Possível como Limite à Eficácia e Efetividade dos Direitos Sociais**, 2004. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 25.5.2011.

Na esfera de um padrão mínimo em prestações sociais, assim afirma Robert Alexy, citado por Giovanni Bigolin<sup>34</sup>:

[...] também será mínima a restrição na esfera dos princípios conflitantes com a realização dos direitos sociais, podendo-se afirmar, ainda, que o reconhecimento de um direito subjetivo a prestações sociais básicas, indispensáveis para uma vida com dignidade, sempre deverá prevalecer, no caso concreto, quando do conflito com o princípio da reserva do possível e do princípio democrático, igualmente fundamentais, mas não absolutos.

Dessa forma, o princípio da **reserva do possível** deve ser sopesado e afastado quando a lide tratar de prestação que se possa admitir como no seio do **mínimo existencial**.

Oportuna a transcrição literal, neste momento, do seguinte trecho do despacho do ministro Celso de Mello na medida cautelar 1246/SC, citado no Acórdão do Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial 325.337/RJ, Primeira Turma, Ministro Relator José Delgado, julgado por unanimidade, em 21 de junho de 2001, publicado no DJ em 3 de setembro de 2001, página 159, que, dotado de grande genialidade, observa exatamente o que se afirmou nesse subtítulo:

[...] Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídicas impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.

Em conclusão, atuando como limitação da atuação do Poder Judiciário há o argumento da reserva do possível - cujo ônus da prova de insuficiência material é do Estado – e, afastando a reserva do possível, temos a obrigatoriedade de preservação do mínimo existencial.

A intervenção judicial nas políticas públicas, para alguns doutrinadores, encontra limite também no princípio da separação dos Poderes, previsto no artigo 2º da Constituição Federal de 1988: “São poderes independentes e harmônicos entre si, o legislativo, o executivo e o judiciário”.

Segundo Eduardo Appio<sup>35</sup>, a separação se assenta no estabelecimento de funções precípua a cada poder e não veda, por si só, o exercício, desde que ocasional, de determinada função por órgão não especializado. Ademais, é da própria natureza do Poder Judiciário interferir sobre o exercício das atividades

<sup>34</sup> BIGOLIN, Giovanni. **A Reserva do Possível como Limite à Eficácia e Efetividade dos Direitos Sociais**, 2004. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 25.5.2011.

<sup>35</sup> APPIO, 2007, p. 148.

dos demais poderes, na medida em que é constitucionalmente responsável pela função de verificar a compatibilidade da atuação com os preceitos constitucionais.

Todavia, o referido autor enumera alguns motivos pelos quais não seria legítima a substituição do legislador/administrador pelo juiz, na formulação das políticas públicas: a uma porque o administrador e o legislador foram eleitos para estabelecer uma pauta de prioridades, no que tange às políticas sociais. Além disso, o judiciário não possui condições técnicas para aferir as reais prioridades sociais, devendo contar com as informações prestadas pela própria administração pública. Há que se considerar ainda que estabelecer uma pauta de prioridades na execução das políticas públicas é atividade-fim do Poder Executivo, consistindo ao que Canotilho, citado por Eduardo Appio<sup>36</sup>, chama de reserva especial de administração.

É necessário, todavia, definir e estabelecer o alcance da tutela jurisdicional, levando-se em consideração a separação dos poderes, uma vez que não haveria legitimidade do Poder Judiciário em dispor de políticas sociais que presuponham gastos orçamentários.

Para alguns doutrinadores, a judicialização da atuação do Poder Executivo pode se tornar deveras dispendiosa ao ordenamento democrático, na medida em que descarta a famosa teoria de Montesquieu e sobrepuja a tripartição dos poderes para trazer à tona uma nova ordem social-democrática cujos reflexos somente surgirão em longo prazo. Isso porque, ao interferir na discricionariedade da administração pública, atribuindo status de indispensabilidade a determinado medicamento, o Judiciário acabaria por adentrar no mérito do ato administrativo, ferindo irremediavelmente a autonomia do Poder Executivo.

Karina Denari Gomes de Mattos<sup>37</sup>, em crítica veemente à assunção de funções políticas pelo que chama de - utilizando-se dos termos de Manoel Gonçalves Ferreira Filho - "Aristocracia Togada", afirma que o Poder Judiciário assume a "dita governança", ultrapassando inconstitucionalmente sua competência e atribuições. Isso porque o Judiciário estaria, segundo ela, formulando e organizando políticas públicas de responsabilidade do Poder Executivo. Arrazoando o seu entendimento, cita Montesquieu:

Tudo estaria perdido se o mesmo homem ou o mesmo corpo dos principais ou dos nobres, ou do povo, exercesse esses três poderes: o de fazer as leis, o de executar as resoluções públicas, e o de julgar os crimes ou as divergências dos indivíduos.

Em contrapartida, há doutrinadores e magistrados que afirmam que sequer há a intervenção na seara dos poderes executivo e legislativo quando da efetivação, pelo Poder Judiciário, do direito à saúde mediante o fornecimento de medicamentos, quanto mais uma suposta ilegitimidade de atuação.

<sup>36</sup> APPIO, 2007, p.148.

<sup>37</sup> MATTOS, Karina Denari Gomes de. **Ativismo Judicial e Direito à Saúde: Uma Análise da Tutela Jurisdicional nas Ações de Medicamentos**. Disponível em: < <http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF8&sourceid=navclient&gfs=1&q=ATIVISMO+JUDICIAL+E+DIREITO+%C3%80+SA%C3%9ADE%3A+UMA+AN%C3%81LISE+DATUTELA+JURISDICIAL+NAS+A%C3%87%C3%95ES+DE+MEDICAMENTOS>. 2008 Acesso em 20.5.2011.

É o que assevera a Juíza Federal Janaína Cassol Machado<sup>38</sup>:

[...] ainda que ausente lei, cabe ao juiz promover a integração da norma constitucional ao caso concreto (teoria da concretização da constituição) e não se há de falar em ofensa à função precípua do Poder Legislativo, pois o magistrado de primeiro grau, que está próximo da demanda judicial, estará apenas suprindo omissões dos Poderes Legislativo e Executivo no tocante ao cumprimento e à concretização do direito à saúde.

A intervenção do Poder Judiciário na atividade administrativa (= executiva) do Poder Executivo e Legislativo não é indevida, pois não se vislumbra ofensa ao artigo 2º da Constituição, nem a ocorrência da substituição do Estado-administração pelo Poder Judiciário, pois “ao afirmar que os Poderes da União são independentes e harmônicos, o texto constitucional consagrou, respectivamente, as teorias da separação dos poderes e dos freios e contrapesos.”

Afirma Janaína, que, muito embora, sumariamente, a prerrogativa de formular e executar políticas públicas seja dos poderes executivo e legislativo, é possível a determinação pelo Poder Judiciário para que sejam elas implementadas sempre que, com a omissão dos órgãos estatais competentes, fique comprometida a eficácia e integridade dos direitos fundamentais.

Portanto, há que se considerar tais assertivas como forma de afastar o argumento de limitação da atuação jurisdicional no fornecimento de medicamentos somente por ilegitimidade de atuação do Poder Judiciário.

Os aspectos específicos ao caso concreto, cujo preenchimento impõe a procedência das demandas são aqueles necessários à concessão da tutela jurisdicional, extraídos, em sua maior parte, da jurisprudência nacional.

Acerca da hipossuficiência financeira, a grande maioria dos Magistrados vem se posicionando no sentido de que somente aqueles que não detêm condições de arcar com o custeio de seu tratamento médico é que possuem o direito a receber gratuitamente do Estado medicamentos que não estejam compreendidos na Relação Nacional.

Em verdade, o critério da hipossuficiência econômica nada mais é que uma dimensão do aspecto limitador do mínimo existencial, conforme dito alhures.

Nesse sentido: “Tem o Poder Público o dever de fornecer medicamentos vitais para a saúde do cidadão que não pode pagá-los.” (TJPR – AC 0319589-1 – Rolândia – 4º C.Cív. – Rel. Des. J. Vidal Coelho – J. 14.02.2006);

Todavia, uma vez que em face do princípio da universalidade, que como vimos anteriormente concede à todos o direito à saúde, seria esta também uma forma de deixar de lado o princípio isonômico, como sugerem alguns doutrinadores.

<sup>39</sup> MACHADO, Janaína Cassol. A Concretização do Direito a Saúde sob o Viés do Fornecimento de Medicamentos não Inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Especiais – RENAME, 2007. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 26.5.2011.

Observar a urgência, a indispensabilidade, a adequação e a eficácia do medicamento se faz necessário ao provimento do pedido, porquanto somente após constatado que o medicamento pleiteado efetivamente é indispensável, insubstituível, urgente e irá fornecer uma condição de melhora no estado de saúde, será possível determinar ao Estado que o forneça.

Oportuno destacar a necessidade de o juiz assumir o comando da relação processual, com vistas a assegurar-se da veracidade das provas, o que, por si só, acaba por diminuir a possibilidade de admissão da concessão em sede de antecipação de tutela<sup>39</sup>. Isso porque, em juízo de cognição sumária, não poderá o magistrado aferir a realidade do caso, mormente quando as provas da parte autora consistem em atestados médicos particulares, cuja imparcialidade resta prejudicada diante da proximidade contratual entre ambos.

Muitos Magistrados têm admitido somente atestados fornecidos por médicos do SUS e em atendimentos efetuados no âmbito do Sistema. Nesse sentido:

ADMINISTRATIVO. MEDICAMENTO ESPECIAL. PRESCRIÇÃO. MÉDICO DO SUS. O fornecimento de medicamentos especiais é cabível quando receitado por médico integrante do SUS, em atendimento no âmbito do sistema. Precedente da Turma. (AG 20060400035712-3/SC, Quarta Turma, Relator Juiz Márcio Antônio Rocha, decisão por maioria, DE 23/04/2007)  
(TRF4, AG 2008.04.00.005758-6, Quarta Turma, Relatora marga Inge Barth Tessler, D.E. 23/05/2008)

Derradeiramente, a fim de demonstrar o interesse processual, a parte deverá comprovar a negativa de fornecimento administrativo do pedido, não só porque caracteriza a lide, com a presença da pretensão resistida, mas também porque demonstra que antes mesmo de se socorrer do Poder Judiciário, o demandante sujeitou-se ao procedimento a que todos os cidadãos se sujeitam afim de obter o atendimento de saúde e não obteve êxito.

Em que pese a eventual lógica de que os princípios contrapostos nesses casos são os que se referem à questão orçamentária ou da separação dos Poderes e princípios relacionados aos Direitos Humanos, já tratados anteriormente, o que se destaca é que os conflitos que se seguem são entre alguns poucos jurisdicionados contra os mesmos direitos e garantias do todo, ou seja, tais medidas judiciais, ao privilegiar determinados cidadãos, podem descartar um dos valores basilares do Estado Democrático de Direito: a Igualdade.

Para Janaína Cassol Machado<sup>40</sup>, todavia, é plenamente viável a atuação do Poder Judiciário no fornecimento dos medicamentos e bem assim na efetiva-

<sup>39</sup> Esta consiste em adiantar ao requerente a tutela pretendida, de forma parcial ou integral, antes da instrução probatória, desde que preenchidos os requisitos previstos no artigo 273 do Código de Processo Civil.

<sup>40</sup> MACHADO, Janaína Cassol. **A Concretização do Direito a Saúde sob o Viés do Fornecimento de Medicamentos não Incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Especiais** – RENAME, 2007. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 26.5.2011.

ção das políticas públicas de saúde, pois tais decisões caminham na direção do princípio da igualdade e da redução das desigualdades sociais tão acentuadas em nosso país. Isso porque, segundo ela: tal atuação vem “elevando os desiguais a patamares de igualdade com aqueles que já detêm o mínimo existencial, isto é, o mínimo para uma vida digna e justa”.

Em contrapartida, segundo Fernando Zandoná<sup>41</sup>, a intervenção judicial nas políticas de fornecimento de medicamentos pode andar no sentido oposto ao da erradicação das desigualdades.

Afirma o referido autor que, se o Judiciário passar a prescrever medicamentos sem observar os planos e previsões orçamentárias acarretará em prejuízo para toda a comunidade, na medida em que, por conta da finitude dos recursos, faltarão verbas para aplicação em outros programas (saneamento básico, ações preventivas, entre outros), em privilégio de uma minoria que obtenha decisão jurídica favorável.

Considerando a hipótese de o Poder Judiciário substituir a administração pública e determinar a efetivação de uma política pública com destinatário certo e determinado, poder-se-ia dizer que o acesso à justiça é quem vai determinar a quem o Estado estará obrigado a garantir o direito subjetivo à saúde, ferindo assim, a isonomia constitucional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na consecução desta monografia foram analisados os aspectos que norteiam as decisões dos órgãos jurisdicionais, envolvendo a tutela imediata do direito subjetivo à saúde, no tocante à determinação do fornecimento gratuito pelo Estado de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares, quando o paciente não a recebe administrativamente.

De início foram analisadas as características do direito social à saúde no Brasil, mormente as discussões acerca de sua aplicabilidade. Para alguns doutrinadores trata-se de norma meramente programática, mas para a grande maioria deles, com o advento da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi alçado à categoria de norma de aplicabilidade imediata, por força do disposto no art. 5º, §1º da CF/88.

Por conta disso é que parte dos juristas e magistrados vêm admitindo em juízo, respeitando o direito de ação, o pedido das partes que alegam desamparo frente às medidas indispensáveis à garantia do direito à saúde.

O desenvolvimento do trabalho buscou demonstrar os principais argumentos contrários e a favor da atuação do Poder Judiciário em tais casos, considerando aspectos relevantes para a admissibilidade do pedido como o eventual ferimento ao princípio da separação dos poderes, ao regime democrático de direito; ao orçamento público, consubstanciado na reserva do possível e ao prin-

<sup>41</sup> ZANDONÁ, Fernando. **Política Nacional ou Judicial de Medicamentos?** Disponível em: [http://www.revista-doutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revista-doutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm), 2008. Acesso em: 25.5.2011.

cípio isonômico. Esse último aspecto foi tratado pormenorizadamente no quarto e último capítulo.

Sendo assim, por ser um desdobramento imediato do direito indeclinável à vida e à dignidade da pessoa humana, o direito à saúde também é princípio constitucional.

Nesse contexto é que foi analisada a hermenêutica jurídica e o princípio da proporcionalidade como forma de solução do conflito aparente de normas.

A fim de facilitar a compreensão do tema, no terceiro capítulo, foi efetuada uma abordagem dos aspectos gerais que vem sendo sopesados acerca da possibilidade jurídica da determinação judicial de fornecimento gratuito de tratamentos de saúde pelo ente público.

Em seguida, foram delineados os requisitos que os magistrados vêm considerando indispensáveis à concessão da tutela jurisdicional: urgência, indispensabilidade, adequação e eficácia do medicamento ou tratamento; negativa de fornecimento na via administrativa e hipossuficiência econômica.

Por fim, foram analisados entendimentos divergentes acerca do eventual ferimento ao princípio da igualdade. Isso porque, conferir judicialmente um tratamento não abrangido por políticas públicas legalmente instituídas pelos poderes legislativo e executivo e em dissonância ao que foi estabelecido pelas diretrizes orçamentárias, pode retirar de outros sujeitos de direitos a sua prestação vital de sobrevivência.

Dessa forma, conclui-se que o papel equânime do magistrado é deveras árduo, na medida em que pressupõe a ponderação de vários aspectos igualmente importantes para a manutenção da ordem social e em consonância com os princípios descritos na Constituição Federal.

## REFERÊNCIAS

APPIO, Eduardo. **Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil**. 4ª Ed. Curitiba: Juruá, 2007.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a Atuação Judicial**. Disponível em: < <http://www.google.com.br/search?q=BARROSO%2C+Luis+Roberto.+Da+falta+de+Efetividade+%C3%A0+Judicializa%C3%A7%C3%A3o+Excessiva%3A+Direito+%C3%A0+Sa%C3%BAde%2C+Fornecimento+Gratuito+de+Medicamentos+e+Par%C3%A2metros+para+a+Atua%C3%A7%C3%A3o+Judicial%2C+2005%2C+p.+&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a> > Acesso em 25.5.2011.

\_\_\_\_\_. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade democrática**. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/editora/revista/0901.html>> Acesso em 25.5.2011.

BIGOLIN, Giovanni. **A Reserva do Possível como Limite à Eficácia e Efetividade dos Direitos Sociais**, 2004. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 25.5.2011.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 15ª Ed. Editora Malheiros. São Paulo, 2004, p. 562, 563.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** - Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS.

Disponível em [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br). Acesso em 18.6.2011.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado. Brasília, DF: 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

**Dicionário Aurélio Eletrônico** – XXI. Versão 3.0. Editora Nova Fronteira, 1999.

**Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=Sa%C3%BAde>>. Acesso em 25.5.2011.

LACERDA, Nelson. **Constituição-Cidadã de 88 e suas 56 Emendas**. Disponível em: <[http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/5192/Constituicao-Cidada\\_de\\_88\\_e\\_suas\\_56\\_Emendas](http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/5192/Constituicao-Cidada_de_88_e_suas_56_Emendas)>. Acesso em 29.5.2011.

MACHADO, Janaína Cassol. **A Concretização do Direito a Saúde sob o Viés do Fornecimento de Medicamentos não Inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Especiais** – RENAME, 2007. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em 26.5.2011.

MATTOS, Karina Denari Gomes de. **Ativismo Judicial e Direito à Saúde: Uma Análise da Tutela Jurisdicional nas Ações de Medicamentos**. Disponível em: <<http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF8&sourceid=navclient&gfns=1&q=ATIVISMO+JUDICIAL+E+DIREITO+%C3%80+SA%C3%9ADE%3A+UMA+AN%C3%81LISE+DATUTELA+JURISDICIONAL+NAS+A%C3%87%C3%95ES+DE+MEDICAMENTOS>>. 2008 Acesso em 20.5.2011.

Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/museuCronHis.asp>>. Acesso em 25.5.2011.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32820&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32820&janela=1)> Acesso em 25.5.2011.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm> Acesso em 25.5.2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?q=Portaria+MS+3.916%2FGM%2F98&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>> Acesso em 25.5.2011.

MORAES, Alexandre de. **Curso de Direito Constitucional**. 23ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOS, Roger, Raupp. **Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos**, 2009. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em: 25.5.2011.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do Possível, Mínimo Existen-**

**cial e Direito à Saúde:** Algumas Aproximações, 2008 Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm)>. Acesso em: 25.5.2011.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 24 ed., Malheiros, São Paulo, 2005.

TSUTIYA, Augusto Massayuki. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 2º Ed. Saraiva, São Paulo, 2008.

WIKIPÉDIA - A Enciclopédia Livre. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Saúde\\_pública](http://pt.wikipedia.org/wiki/Saúde_pública)>. Acesso em 25.5.2011.

ZANDONÁ, Fernando. **Política Nacional ou Judicial de Medicamentos?** Disponível em: [http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito\\_Constitucional.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/indices/Materias/Direito_Constitucional.htm), 2008. Acesso em: 25.5.2011.

## **REMUNERAÇÃO E HONORÁRIOS MÉDICOS**

Hélcio Bertolozzi Soares\*

**Palavras-chave** - remuneração, seguro saúde, honorário, medicina de grupo, cooperativa, empresa de auto gestão, piso salarial, endocrinologia, Resolução ANS CLT

### **DOCTORS REMUNERATION AND FEES**

**Key-words** - pay, health insurance, fees, medical group, cooperative, self-management firm, minimum wage, endocrinology, Resolution ANS CLT

### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, a Dr.<sup>o</sup> XXX, Presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, faz consulta com o seguinte teor:

*O aviltamento do valor dos honorários médicos praticados pelas empresas de seguro de saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão e outras do gênero tem comprometido de maneira intolerável a qualidade do atendimento médico oferecido à população usuária do sistema de saúde suplementar nos últimos anos. Os médicos prestadores de serviço neste sistema, no afã de viabilizarem economicamente seus consultórios, devido à queda progressiva na remuneração dos honorários médicos, foram levados a atenderem um número progressivamente maior de pacientes, num mesmo intervalo de tempo, massificando e desumanizando o atendimento médico.*

*Para o bem da boa prática médica em nosso país, esse estado de coisas não pode continuar. Assim, em reunião realizada na sede da Associação Médica do Paraná, dia 25 de abril próximo passado, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - Regional do Paraná (SBEM – PR), em conjunto com a Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), na presença de 52 endocrinologistas membros da citada Sociedade, decidiram pelo encaminhamento das seguintes propostas, que visam ao resgate do atendimento médico de qualidade aos usuários e à correspondente melhoria dos honorários médicos praticados pelas empresas de seguro de saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão e outras do gênero:*

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

1. As empresas de planos de saúde acima citadas terão 30 (trinta) dias de prazo, a contar da data de notificação de seus representantes legais, para iniciarem negociações com a Comissão Estadual de Honorários Médicos, que está, desde já, definida como negociadora oficial em nome dos associados da SBEM-PR. Findado este prazo, os médicos associados à SBEM homologarão o eventual acordo celebrado ou sentir-se-ão livres para tomarem, individualmente, as medidas que julgarem adequadas visando a garantir seus interesses profissionais, inclusive, pela eventual opção de descredenciamento;

2. Os valores exigidos para atendimento sem vínculo empregatício (como autônomos) pelos endocrinologistas pela consulta médica eletiva em consultório, e para consulta hospitalar, serão de R\$ 100,00 (cem reais) e R\$ 200,00 (duzentos reais), respectivamente, atualizados anualmente pelo IPCA;

3. No caso de contratações com vínculo de emprego do médico endocrinologista, elas deverão seguir os padrões da CLT, sendo o piso salarial aquele estipulado pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), atualmente no valor de R\$ 9.200,00 (nove mil e duzentos reais) para 20 h de trabalho, reajustados anualmente pelo IPCA;

4. Os efeitos dos eventuais acordos celebrados pela CEHM com as Operadoras de planos de saúde, em nome dos associados da SBEM-PR, deverão ser estendidos, automaticamente, para todos os seus sócios atuais, caso haja interesse entres as partes, bem como para os futuros, tão logo eles tornem-se membros associados da SBEM; Desta forma, dia 20 de junho próximo vencerá o prazo estipulado pela SBEM-PR para que as operadoras de planos de saúde (OPSS) buscassem a CEHM para negociações. Nesta data, às 19h30, realizar-se-á Assembleia daquela especialidade, nas dependências da Associação Médica do Paraná, na qual se fará um balanço final das negociações. Os dados preliminares, porém, não são animadores. Poucas operadoras de planos de saúde buscaram negociação, e, as que buscaram, ofereceram, fala-se aqui em caráter provisório, valores desprezíveis.

Por outro lado, a Resolução 71 da ANS prevê como devem ser os contratos entre os médicos-prestadores e as OPSS. Diz esse dispositivo que os contratos devem seguir a Teoria Geral dos Contratos e, assim como qualquer contrato, prever o equilíbrio econômico entre as partes envolvidas. Lá devem estar previstos, ademais: os dias e horários disponíveis aos usuários da OPS; se o médico quer ter seu nome divulgado no livro do plano ou não; multas por glosas indevidas, multas por atrasos no pagamento; critério e periodicidade de reajuste dos honorários; critérios para descredenciamento. E tudo o que for do interesse das partes constar no citado dispositivo legal. Porém a imensa maioria, senão todos os contratos celebrados entre as OPSS e os médicos-prestadores no setor de saúde suplementar, não seguem as normas da RN 71, são irregulares, e, portanto, potencialmente inválidos.

Isso posto, observa-se que, mesmo não cumprindo a legislação vigente, as OPSS negam-se a negociar, negam-se sequer em sentar-se à mesa de negociações. Elas tapam os ouvidos. Selam a boca. Fecham os olhos. E nada acontece?! Como podem essas empresas quererem impor uma situação completamente ilegal, além de injusta, se nós vivemos no Estado Democrático de Direito? Assim, prezado senhor Secretário Geral do CRM-PR, em nome da Comissão de Ética e Defesa Profissional

da SBEM-PR, venho pelo presente instrumento, mui respeitosamente, levantar os seguintes questionamentos junto a este egrégio Conselho:

1. É lícito, eticamente, aos membros da SBEM-PR, paralisarem o atendimento aos beneficiários de operadoras de planos de saúde, após comunicá-los com antecedência, por tempo indeterminado, com vistas a induzir negociações, e até que um eventual acordo seja assinado entre as partes?

2. É lícito eticamente que durante o período de paralisação, enquanto tal acordo não seja assinado, que os beneficiários de planos de saúde sejam atendidos em caráter particular, com emissão de recibo, tendo como piso ético mínimo os valores referenciais da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) atualizada, cujo valor da consulta médica equivaleria hoje a R\$ 100,00 (cem reais), e de modo que os valores despendidos possam eventualmente ser reembolsados pela OPS?

3. É lícito eticamente que enquanto um acordo não seja assinado entre as partes, nem os contratos readequados à lei e à RN 71, que a situação acima se perenize? Caso julguem-se éticas as iniciativas aqui questionadas, notifiquem-se imediatamente, sobre as mesmas, todas as instituições cabíveis, como o Ministério Público, e todas as operadoras de saúde atuantes nesta capital, sobre o teor das propostas e das condições para negociações aqui estabelecidos, bem como se tornem públicas, através da divulgação por todos os meios disponíveis, inclusive nos meios de comunicação de massa, ou outros que se julgarem necessários, não somente para que nossas justas propostas sejam tornadas públicas, mas, e principalmente, para que não se alegue, no futuro, pelo uso de qualquer tipo de argumento, que os associados da SBEM-PR e a CEHM não procuraram, antes de se tomarem qualquer atitude intempestiva, todas as vias de negociação, dentro do mais puro espírito republicano, e imbuídos dos mais elevados valores éticos e do Estado Democrático de Direito.

Salientamos, por derradeiro, que a vitória da nossa causa não será apenas a vitória dos médicos endocrinologistas do Paraná. Será, antes de mais nada, a vitória dos valores que sustentaram, por séculos, a prática milenar da nobre profissão de Esculápio, e da Medicina verdadeiramente hipocrática e humanista, cujos valores parecem, cada vez, mais e mais distantes do ambiente profissional imperante no sistema de saúde suplementar brasileiro, e que, como num total disparate, tem crescentemente penalizado o usuário e o médico nele atuante, já que estes são, na verdade, a razão de existir do citado sistema. Sendo o que tinha para o momento, cordialmente subscrevo-me.”

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades, no ano de 2002, face à defasagem dos honorários médicos, contrataram os serviços da FIPE, Fundação de Pesquisas Econômicas da Universidade São Paulo (USP), para se avaliar o grau de perdas ou desequilíbrio econômico, decorrente da não atualização por parte das operadoras de plano de saúde junto às consultas médicas e procedimentos realizados dentro da profissão. Os valores apresentados foram cotejados com outras empresas ligadas

a área econômica para não se cometer equívocos. Os valores encontrados foram muito próximos entre si e atingiam a faixa de perdas de 300%.

Com o intuito de balizar ética e hierarquicamente a atividade profissional, estas mesmas Entidades, através das sociedades de especialidades, elaboraram a Classificação Brasileira Hierarquizada de Honorários Médicos, lançada oficialmente no ano de 2003, em Vitória, estado do Espírito Santo.

Em 17 de março de 2004, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Resolução Normativa n. 71, **estabeleceu os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios**. Esta Normativa em seu capítulo VII, que fala dos direitos e obrigações, relativos às condições da Lei n. 9656 (de 1998) e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contempla em seu item C, os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade. No item (e) estabelece penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

No estado do Paraná, a Comissão Estadual de Honorários Médicos congregando as Entidades Médicas, conseguiu em trabalho estafante, corrigir parcialmente as perdas, com protocolo assinado por Operadoras do Grupo Unidas, contanto neste documento correção anual das perdas com índice de correção estabelecido entre as partes. Novamente, desde este período não houve cumprimento do que foi assinado. As perdas voltaram ao patamar próximo dos 110%.

Tentativas por parte desta Entidade e de suas áreas de especialidade não conseguiram sensibilizar as Operadoras de Planos de Saúde, que permaneceram caladas. Reconhecem as perdas e acenam com aumentos irrisórios que não permitem uma medicina voltada ao melhor para o nosso paciente. Tal qual acontece nas guerras, quando não se alcança pela boa vontade, parte-se para o campo de batalha. Historicamente, em todo o mundo, só se conseguiu mudar estas características com o **enfrentamento**. Esta é a situação reinante do momento atual.

Ainda que tenhamos em nosso Código de Ética a orientação de que o paciente é o fulcro de nossa atividade, não se pode permanecer inerte diante de todos estes fatos, expondo tanto pacientes quanto profissionais e suas famílias à exposição de riscos.

A bandeira já está empunhada, a nossa tolerância beirou os limites, o afastamento dos planos é uma realidade, que já atinge inclusive a área da previdência social. Há que se ressaltar que cerca de 46 milhões de brasileiros estão vinculados às Operadoras de Planos de Saúde. Sem remuneração digna e sem uma carreira de estado para médicos, o afastamento será inevitável.

Diante de enormes dificuldades para sustentação de seus consultórios, há limitação de horários para consultas nos mesmos, perfeitamente reconhecidos como éticos em Parecer deste CRM-PR, pois há custos a serem pagos para funcionários e custos da sustentação dos consultórios.

Vivemos num Estado democrático e a legislação deve ser obedecida por todos.

Em resposta aos quesitos respondo:

1. É lícito. Os casos eventuais de urgência deverão ser atendidos, cumprindo desta forma o Código de Ética Médica.

2. Entendo, que se tem buscado de forma incessante, estabelecer um acordo amigável entre as partes, porém, estes devem ser justos e dentro das perdas produzidas ao longo destes anos sem a devida correção por parte destas Operadoras de Planos de Saúde. Entendo ser perfeitamente viável a cobrança dos valores da consulta, sob o ponto de vista ético, desde que haja a demanda do contrato, ou seja, a desvinculação das Operadoras de Planos de Saúde.

Penso que a resposta ao item anterior (2) garante esta precedência.

É o parecer.

Curitiba, 30 de agosto de 2011.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N°. 050/2011**  
**Parecer CRMPR N° 2349/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n° 2815, de 05/09/2011**

---

---

## **ATESTADO MÉDICO POR PLANTONISTA E UM ARQUIVO DE CÓPIAS DE ATESTADOS**

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi\*

**Palavras-chave** - atestado médico, cópias, médico plantonista, arquivar, prontuário médico

### **“SICK NOTE” BY THE ON CALL PHYSICIAN AND A FILE CONTAINING COPIES OF THESE DOCUMENTS**

**Key-words** - “sick notes”, medical certificate copies, on call physician, to file, medical report

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Sr.<sup>o</sup> XX, faz os seguintes questionamentos:

*“Quanto a emissão de Atestados Médicos plantonista (Pronto Atendimento), é juridicamente legal O ARQUIVO DE CÓPIAS DE ATESTADOS, junto à instituição hospitalar, prestadora de serviços?”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Resolução CFM n.<sup>o</sup> 1.658/2002, prescreve:

*Art. 1.<sup>o</sup> O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.*

*Art. 2.<sup>o</sup> Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.*

Compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enferma-

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.

rias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional.

A Resolução CFM nº 1.638/2002 estabelece que:

*Art. 1º - Definir o prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.*

*Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:*

*I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;*

*II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;*

*III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.*

Concluindo os dados contidos nos atestados médicos fazem parte do prontuário médico e pode ser arquivados pelas Instituições, através de cópia. Lembramos que grande parte das Instituições utiliza o prontuário eletrônico, e no caso de fornecimento de atestado médico, via eletrônica, da mesma forma este documento fica armazenado. Uma vez que todas as informações oriundas da relação médico-paciente pertencem ao paciente, sendo o médico apenas o seu fiel depositário, e respeitando o sigilo médico previsto no Código de Ética Médica, não vislumbro impedimentos para que a Instituição Hospitalar, prestadora de serviços, archive cópia dos Atestados Médicos.

É o parecer.

Curitiba, 24 de agosto de 2011.

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
Cons.ª Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 100/2010**  
**Parecer CRMPR Nº 2348/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2814, de 29/08/2011 - Câmb IV**

---

---

## **SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA DROGAS DE ABUSO EM EXAME OCUPACIONAL**

Alexandre Gustavo Bley\*

**Palavras-chave** - exame toxicológico, exame ocupacional, consentimento do trabalhador, médico do trabalho, droga abuso, fiscalização, legislação, falha

### **REQUEST FOR EXAMS FOR DRUG ABUSE IN OCCUPATIONAL TESTS**

**Key-words** - toxicology, occupational examination, consent of the worker, occupational physician, drug abuse, enforcement, legislation, flaw

#### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

*“Solicitação: Solicito orientação técnica quanto a viabilidade da solicitação de exames para drogas de abuso nos exames ocupacionais (admissionais e periódicos). Justificativa: Sou médico do trabalho, CRM XXXX-PR, e realizo a elaboração de PCMSO’s para empresas de pequeno e médio porte, as quais irão prestar serviços terceirizados (em empresas de grande porte) para os quais estes exames de drogas de abuso são exigidos para liberar o ingresso de tais funcionários..”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Em atenção ao seu questionamento temos a informar que o Governo Brasileiro através do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), vinculado ao Ministério da Justiça, em seu site, esclarece que:

*A fiscalização do uso de drogas pelas empresas ou instituições públicas é um assunto polêmico visto que não há uma lei clara para regular a realização de exames toxicológicos, nem de como lidar com o dependente químico.*

*A Lei n.º 11.343 de 23 de agosto de 2006, artigo 1º, “institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para pre-*

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

venção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.” e o artigo 4º que tem como princípio “a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad”.

Assim a empresa possui um importante papel na prevenção, porém deve estar atenta ao risco de entrar em conflito com o artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, que aborda os direitos e deveres individuais e coletivos o qual afirma que:

“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:

(...) X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.”

Porém, o artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), das Medidas Preventivas de Medicina do Trabalho, dá direito à empresa de submeter seus empregados a exames médicos:

“Será obrigatório exame médico por conta do empregador, nas condições estabelecidas neste artigo e nas instruções complementares a serem expedidas pelo Ministério do trabalho:

I - na admissão;

II - na demissão;

III - periodicamente;”

Atualmente, encontramos vários concursos que incluíram em seus editais exames para a detecção de drogas, sendo os resultados positivos eliminatórios. Dentre estes se tem as Polícias Militares, Polícias Cíveis, Bombeiros e Forças Policiais Federais.

Dentro da Ética, que estuda o comportamento humano na busca de um modo de vida e convívio social mais harmonioso, pressupõe-se que os direitos individuais de privacidade e confidencialidade devem ser garantidos. Nesta toada, o Código de Ética Médica é claro quando veda 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.

Igual entendimento teve o Tribunal Superior do Trabalho, em dezembro de 2009, quando decidiu que um empregador não pode realizar exames toxicológicos e de HIV sem o consentimento do trabalhador, sob pena de caracterizar desrespeito à privacidade.

Por outro lado, podemos justificar a solicitação deste exames quando se analisa o direito coletivo, pois a segurança dos trabalhadores de certas profissões pode estar comprometida no momento em que um trabalhador, por efeito de uma droga, possa por em risco toda uma coletividade.

## **CONCLUSÃO**

Diante de todo o exposto entendo que não viola a ética o médico coordenador de PCMSO que, com o consentimento do trabalhador, solicita exames toxicológicos nas avaliações admissionais e/ou periódicas.

É o parecer.

Curitiba, 16 de agosto de 2011.

Alexandre Gustavo Bley  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N°. 056/2011**

**Parecer CRMPR N° 2347/2011**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária n° 2814, de 29/08/2011 - Câmb I**

---

---

## **ÚTERO DE SUBSTITUIÇÃO, REPRODUÇÃO ASSISTIDA, EMBRIÕES**

Hélcio Bertolozzi Soares\*

**Palavras-chave** - útero de substituição, sessão temporária, reprodução assistida, autorização, quantidade de embriões

## **UTERUS FOR REPLACEMENT, ASSISTED REPRODUCTION, EMBRYOS**

**Key-words** - replacement uterus, temporary session, assisted reproduction, authorization, number of embryos

### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, a Dr.<sup>ª</sup> XXX, faz consulta com o seguinte teor:

*Solicitação de parecer sobre Doação temporária de útero a pedido do casal Sr.<sup>ª</sup> XXX, 41 anos, e Sr. XXX, 41 anos, solicitam autorização para que seus 4 embriões congelados, possam ser transferidos para o útero de uma grande amiga, Sr.<sup>ª</sup> XX, 36 anos, pois não possuem parentes em condições de sessão temporária de útero para estes embriões. Justificativa: O casal procurou meu consultório em 2009, com a indicação de hysterectomia, por Adenocarcinoma do tipo mucinoso de colo uterino, com margens cirúrgicas comprometidas na conização, referindo cirurgia marcada pelo oncologista para Setembro, menos de 1 mês. Como não possuíam filhos, 18 anos de união, desejavam alguma ajuda para preservação da fertilidade. Após avaliação vislumbrou-se a possibilidade de sessão temporária de útero por uma das irmãs da paciente, XX, 2 filhos por cesáreas anteriores, sem intercorrências, na época em boas condições de saúde e que aceitaria a sessão temporária de útero para sua irmã. Após alguns meses evoluiu com complicações clínicas-ginecológicas e foi submetida à hysterectomia. Dos demais familiares: A outra irmã – XXX mora no Japão - tem 42 anos, não tem filhos e tem histórico de trombose. Sua XXX, teve hysterectomia. Sua Cunhada - XX - Irmã do marido - esta em acompanhamento pós-tratamento de leucemia há 2 anos. Sua Sogra - XXX, hipertensa, sem condições clínicas. Como possuem uma amiga desde a infância, XX, 36 anos, esta se ofereceu para gestar para seus amigos, devido aos vínculos*

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

afetivos com o casal XXX e XXX. A mesma tem 1 filho de 11 anos, tendo tido uma ótima gestação, tem apoio de todos seus familiares (Mãe e Filho), inclusive de seu companheiro (namorado há 1ano), e pela avaliação que foi submetida, pela Psicóloga de nossa equipe, Dra. XX, esta consciente de todas as nuances que tal procedimento envolve. Diante disto, solicito orientação quanto ao caso:

1- É possível esta Amiga, XX, ter autorização para receber estes embriões do casal XXX e XXX, pois apesar da candidata a doadora temporária do útero não pertencer à família da doadora genética, observa-se que a motivação é claramente afetiva, sem caráter lucrativo ou comercial. 2- Em caso positivo da permissão de sessão temporária de útero, caso após o descongelamento todos os 4 embriões forem viáveis, podem todos os 4 serem transferidos ou apenas 3, idade da receptora 36 anos, mas embriões congelados de mulher de 41, atualmente, na época da FIV era 40 anos. 3- Em caso de negativa da autorização, como orientar o casal, pois detalhadamente vasculhei todo o restante dos familiares (mais distantes), sem possibilidades de conseguir outra parente para ser receptora temporária destes embriões. Aguardo orientação.”

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A intervenção na reprodução humana através da ciência e da tecnologia é **ética e moralmente admissível**, desde que se respeite os valores fundamentais do ser humano, a unidade familiar e a licitude dos meios e fins. O enfoque principal deve ser o respeito ao embrião e a criança, tendo como escopo o desenvolvimento saudável dentro da família. A Resolução CFM n. 1957/2010, com edição em janeiro do ano de 2011, permite a utilização da gravidez de substituição, desde que exista impedimento físico ou clínico para que a mulher, doadora genética, possa levar a gravidez ao seu termo e ao seu objetivo.

As técnicas de reprodução humana tem o papel de auxiliar na resolução das dificuldades encontradas na infertilidade humana, que um problema de saúde pública, permitindo ou facilitando condições de procriação através de mecanismos científicos aceitáveis eticamente e galgando o efeito terapêutico desejado.

As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num grau de parentesco até o segundo grau (mãe e/ou irmã), sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina.

A restrição às situações de indicação médica absoluta impede a vulgarização do procedimento, enquanto à restrição biológica ao ambiente familiar tem como alvo facilitar o estabelecimento dos laços afetivos necessários para o desenvolvimento saudável da futura criança, além de impedir o caráter lucrativo ou comercial na relação estabelecida.

No caso em discussão acerca da gestação de substituição, a doadora temporária não pertence a família da doadora genética, sendo necessário, a autorização deste CRM-PR. Em sua solicitação, fica clara a pertinência da ausência do caráter lucrativo e comercial, mostrando-se tratar de condições claramente afetivas.

É exigência formal a necessidade de se ter um consentimento prévio e amplamente informado dos eventuais riscos e intercorrências da gravidez para ambas as doadoras.

Diante desta exposição de motivos, passo a aduzir seus questionamentos objetivos:

- É possível que a Sr.ª XX, amiga da doadora genética, seja a doadora de seu útero, obedecidas às condições de consentimento informado, e o caráter não comercial seja respeitado;

- Com relação ao número de embriões, em função da idade da receptora, é facultado a inseminação de até 3 embriões, salientando que quanto maior o número de embriões transferidos para o útero aumentam os riscos para a evolução da gravidez, tanto para a doadora do útero de aluguel quanto para a sobrevida dos embriões. A decisão deve ser compartilhado e a prudência extremamente bem empregada.

- Admitida a possibilidade da Sra. XX, doadora do útero, amiga do casal doador genético, aceitar as orientações advindas por parte da Dra. XX, este questionamento fica prejudicado.

Desta forma, sendo obedecidas as imposições da Resolução ora em vigor, sou plenamente favorável à concessão por parte deste CRM-PR da autorização solicitada.

É o parecer.

Curitiba, 18 de agosto de 2011.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRM-PR Nº. 055/2011**  
**Parecer CRM-PR Nº 2346/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2808, de 22/08/2011**

---

---

## **RECUSA DE FORNECER INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO DE TRABALHADOR**

Clóvis Marcelo Corso\*

**Palavras-chave** - relatório médico, recusa, obrigatoriedade, consentimento do trabalhador, análise epidemiológica, perícia médica, relação médica

### **REFUSAL DO PROVIDE PATIENT INFORMATION RELATED TO THE APPOINTMENT WITH THE DOCTOR**

**Key-words** - medical report, refusal, requirement, the worker's consent, biological analysis, medical examination, medical relation

#### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, a Dr.<sup>ª</sup> XXX - CRM<sup>PR</sup> XXXX, faz consulta com o seguinte teor:

*“Como devo proceder quando o colega médico se recusa a fornecer relatório sobre trabalhador a qual esta assistindo para fins de análise epidemiológica, acompanhamento pelo ambulatório da empresa ou fins de perícia junto ao INSS? mesmo com o consentimento do trabalhador o qual é o maior beneficiado por este esclarecimento?”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A revelação de dados inerentes à consulta, diagnóstico e tratamento do paciente nas suas mais variadas situações é motivo de amplo e freqüente questionamento junto aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, no que diz respeito ao adequado posicionamento do médico quando este é interpelado pelas mais diversas fontes, incluindo o local de trabalho do cidadão. Prova disso são as várias Resoluções e diversos Pareceres elaborados tanto em esfera federal quanto estadual que versam sobre o assunto. A nova edição do Código de Ética Médica (RESOLUÇÃO CFM no 1931/2009), que entrou em vigor no ano de 2.010, determina em seu artigo XI do Capítulo I, que o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei. Portanto, somente é obrigação do médico fornecer, enviar, revelar ou transferir informações do paciente sob seus cuidados

---

\* Conselheiro Parecerista CRM<sup>PR</sup>.

quando houver determinação legal para tanto, desobrigando-o de fazê-lo em todas as outras situações, inclusive nos casos de perícia do Sistema Único de Saúde (vide PARECER CRM-PR nº 2060/2009).

Corroborando com este entendimento, o Conselho Federal de Medicina emitiu a RESOLUÇÃO CFM nº 1.605/2000, levando em consideração que o “dever legal” se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais e ainda, que a lei penal só obriga a “comunicação”, o que não implica a remessa da ficha ou prontuário. Desta forma, o texto da Resolução citada determina no seu Art. 1º, que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. Esta mesma Resolução define, no Art. 5º, que se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante, sem contanto referendar a obrigatoriedade do encaminhamento, na dependência do entendimento do médico em fazê-lo ou não.

Quanto ao fornecimento de dados relativos à condição de saúde do paciente, o PARECER CRM-PR nº 1900/2008, de autoria do eminente conselheiro Dr. Joachim Graf, define que, em caso de registro do CID em serviços de arquivos médicos, relação de produção diária ou mapas de atendimento ambulatorial, existe um entendimento aprovado pelo CRM-PB apontando a ilegalidade desta prática, sugerindo-se como alternativa que os CIDs sejam colocados em mapas específicos, sem a identificação dos pacientes, contemplando assim as necessidades epidemiológicas do registro de patologias, sem expor o sigilo médico. O parecerista conclui que, considerando que atestados médicos, boletins de atendimento, relatórios de produção e outros atendimentos médicos fazem parte do ato médico, e considerando ainda os pareceres pertinentes à matéria, se faz necessária, sob pena de delito de violação do segredo profissional, a preservação do direito ao sigilo médico. Tais documentos, portanto, não deverão conter o CID de forma a identificar o paciente, exceção feita quando se caracteriza justa causa, exercício de dever legal, ou com a expressa autorização do paciente ou de seu representante legal.

Para melhor embasar a conduta dos médicos frente às situações em que os mesmos são instados a fornecer informações sobre pacientes que estão sob sua assistência, o CRM-PR publicou a RESOLUÇÃO CRM-PR nº 05/1994, que estipula os casos constitutivos do dever legal e da justa causa para revelar dados considerados sigilosos, como pode se ver:

*“O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, no uso das atribuições lhe conferidas pelo art. 4º da Resolução n.º 1154/84 do Conselho Federal de Medicina...*

...

**RESOLVE:**

- 1) Que são casos constitutivos do “dever legal” as seguintes circunstâncias:
  - a) Os casos de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomania, etc);
  - b) As perícias jurídicas;

c) Quando o médico está revestido de função em que tenha de se pronunciar sobre o estado do examinado (serviços biométricos, junta de saúde, serviços de companhias de seguros, etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico;

d) Os atestados de óbito;

e) Quando se tratando de menores, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, supressão intencional de alimentos;

f) Os casos de crime, quando houver inocente condenado e o cliente, culpado, não se apresentar à justiça, apesar dos conselhos e solicitações do médico;

g) Os casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses do cliente;

§ - É aconselhável o uso, em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte.

2) Que são casos constitutivos de “justa causa”:

a) Quando o paciente for menor e se tratar de lesão ou enfermidade que exija assistência ou medida profilática por parte da família ou envolva responsabilidade de terceiros, cabendo ao médico revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência estiver o paciente;

b) Para evitar o casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra do sigilo;

c) Quando se tratar de fato delituoso previsto em lei ou a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros, crie para o médico o imperativo de consciência para revelá-lo a autoridade competente.”

Concluindo, e embasado em outros documentos emitidos pelos Conselhos de Medicina que posicionam-se sobre o assunto, como por exemplo, o PARECER CRM-PR n.º 1105/98, de autoria do Assessor Jurídico desta casa Dr. Afonso Proença Branco Filho, reitero que em nenhuma das referências consultadas encontra-se a recomendação ou a determinação expressa para que o médico forneça dados relativos a seus pacientes, excetuando-se as previsões legais para tanto. Em face disto, não resta outra opção ao consulente senão tentar sensibilizar seus colegas de suas nobres intenções e, de posse da autorização documentada do paciente, conseguir que seus pares disponibilizem as informações das quais necessita.

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2011.

Clóvis Marcelo Corso  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N.º 121/2010**

**Parecer CRMPR N.º 2345/2011**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária n.º 2805, de 15/08/2011 - Câmara II**

---

---

## HONORÁRIOS MÉDICOS

Clóvis Marcelo Corso\*

**Palavras-chave** - consulta, honorários médicos, cobertura, seguro de saúde, anesthesiologista não cooperado, reembolso, Resolução CFM nº 1401/93

### MEDICAL FEES

**Key-words** - appointment, medical fees, coverage, health insurance, anesthesiologist not joined to the cooperative, reimbursement, CFM Resolution No. 1401/93

#### CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX faz consulta com o seguinte teor:

*“Caros colegas. Meu nome XXX, sou Cirurgião Geral, CRM XXXX, resido em X e encontro-me em situação crítica e constrangedora. A minha mãe encontra-se hospitalizada desde o dia 05/12/2009 na UTI do hospital XX em XX-RJ, onde foi submetida à tratamento cirúrgico devido a um hematoma subdural em consequência de um trauma craniano (queda). Seu plano de saúde (XX) dá cobertura à todos os procedimentos realizados, porém, o anesthesiologista, que não é cooperado da X insiste em cobrar de mim seus honorários (R\$ 1.900,00). Informei-o que seus honorários deveriam ser pagos pelo hospital que o contratou e ele alega que eu devo pagar e posteriormente ser reembolsado pelo convênio. Gostaria que vocês pudessem me esclarecer, juridicamente, quem está com a razão e como devo proceder. Sem mais para momento, agradeço-lhes a atenção. (celular: XX-XXXX).”*

#### FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Na Resolução n.º 1.401 do Conselho Federal de Medicina publicada em 1993, fica estabelecido que *“as empresas de Seguro-Saúde, empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas de Trabalho Médico ou outras que atuem sob 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 de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza”*. No que diz respeito ao pagamento de honorários, a Resolução número 1.642 do Conselho Federal de

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

*Medicina publicada em 2002, estabelece que o contrato entre as partes envolvidas no atendimento médico disponibilizado por operadoras de planos de saúde deve propiciar “justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico”. Em face do exposto, fica subentendido que o plano ou seguro de saúde mantém relação não só com a entidade hospitalar contratada, mas também com os profissionais que prestam atendimento médico em sua estrutura, e portanto, são responsáveis por garantir as despesas relacionadas aos honorários médicos. Esta relação (operadora de saúde e médicos) tende a tornar-se cada vez mais complexa, em virtude do crescente e generalizado descontentamento da classe médica frente ao valor pago pelos procedimentos executados, fato que tem acarretado em uma desvinculação gradativa dos médicos dos planos de saúde.*

O Código de Ética Médica estabelece princípios norteadores da boa prática médica, relativos às condições de trabalho e de atendimento, à autonomia profissional, à liberdade de escolha do médico pelo paciente, à irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento e à **dignidade da remuneração profissional**. Especificamente relacionado com a situação que dá origem a esta consulta, o Parecer de número 1.851 elaborado pela Conselheira Roseni Teresinha Florêncio e publicado em 2007 pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná estabelece que *“o anestesista tem o direito de combinar com o paciente sobre os seus honorários médicos, independente dos outros profissionais médicos, que compõe a equipe cirúrgica”*.

Para garantir uma relação de confiança entre as partes e que assegure direitos e deveres que devem fazer parte do acordo financeiro que também deve estar contemplado, mister se faz, sempre que possível, a confecção um documento jurídico na forma de contrato que seja útil para balizar os detalhes desta relação, e que minimize as demandas que possam se originar quando as tratativas são meramente verbais. A exceção reside nos casos de urgência e emergência, quando esta contratualização não tem tempo hábil para ser estabelecida.

## CONCLUSÃO

Havendo ou não contrato firmado, é de se prever que a instituição hospitalar em questão conhece a forma de relacionamento entre o anesthesiologista e o plano de saúde e certamente o aprova, visto que pouco provavelmente o hospital oferecerá seu aceite para tanto caso desconhecesse ou não concordasse com o modo de cobrança dos honorários do médico anesthesiologista, em que pese o contrato que deve ter sido firmado entre o tomador de serviços e o hospital.

De todo o exposto, e com o intuito de orientar a solução à luz das normativas dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, cumpre-nos concluir que:

- 1) O anesthesiologista está amparado no direito irrefutável de receber os honorários pelos serviços prestados;
- 2) Falta documentação que possa elucidar os acordos estabelecidos entre as partes envolvidas, a saber: plano de saúde, hospital e anesthesiologista;
- 3) Se não houver alguma forma de contrato entre o anesthesiologista e a operadora de saúde, o profissional não fica sujeito a nenhuma forma de normativa

estabelecida pela empresa, nem no que diz respeito à cobrança de honorários diretamente do seu usuário;

4) Não existe lei em território nacional que obrigue o médico a credenciar-se junto a um ou mais de um plano de saúde, especialmente numa cooperativa, visto que a lei que rege este tipo de sociedade determina que a adesão do cooperado é sempre voluntária;

5) A grande maioria dos contratos estabelecidos entre operadora de saúde e usuário prevê a responsabilidade da primeira sobre os custos de todo o tratamento médico, incluindo a anestesia;

6) Há que se respeitar a forma de relação entre hospital e anestesio-  
logista, especificamente no que diz respeito à remuneração do profissional, com base no contrato que deveria reger esta relação (se é que este documento existe);

7) Não há indício de infração ética por parte do anestesio-  
logista enquanto o mesmo tenta garantir a remuneração por seu trabalho;

8) Em nosso entendimento, o assunto em questão é exclusivamente administrativo, seara na qual o CRM-Pr não tem qualquer forma de ingerência, e como tal deverá ser resolvido entre as partes envolvidas.

Como consideração final, julgo importante informar que já há muitos anos os anestesio-  
logistas do estado do Rio de Janeiro não estão vinculados aos planos de saúde, e que a prática vigente no referido estado é exatamente como ocorreu neste caso, ou seja, o anestesio-  
logista faz a cobrança dos seus honorários junto ao paciente e/ou familiares, e os mesmos buscam o justo reembolso na sua operadora ou seguradora de saúde.

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2011.

Clóvis Marcelo Corso  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRM-Pr N.º 04/2010**  
**Parecer CRM-Pr N.º 2344/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n.º 2805, de 15/08/2011 - Câmara II**

---

---

## **RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTES/FAMILIARES. O TRATAMENTO, O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO E A FASE TERMINAL DE VIDA**

Marta Vaz Dias de Souza Boger\*

**Palavras-chave** - médico/paciente/familiares, decisão, fase terminal, responsabilidade, termo de consentimento informado

### **THE RELATION: DOCTOR / PATIENT / FAMILY. THE TREATMENT AND THE TERMS OF FREE AND INFORMED CONSENT AND THE TERMINAL PHASE OF LIFE**

**Key-words** - doctor / patient / family, decision, terminal, accountability, informed consent

#### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

*“É evidente o processo acelerado de envelhecimento populacional, como também o é o caos no sistema público de saúde em todo o Brasil. Os pacientes idosos são a faixa etária que mais utiliza dos recursos dos serviços de saúde, no entanto, não há, ou é mínima, a discussão a respeito de quais medidas de avanço a família ou o próprio paciente aceitaria em caso de agravamento de doenças, em que medidas avançadas de suporte de vida seriam necessárias, como hemodiálise, entubação e ventilação mecânica, cirurgias, manobras de reanimação cardiopulmonar e transferência para UTI. A doença renal crônica, na sua fase mais avançada, ou seja, na terapia renal substitutiva, é considerada fase final dos rins e a maioria dos pacientes em unidades de diálise hoje não são indicados para transplante, devido a severas comorbidades, como cirrose, demência, grave insuficiência cardíaca, DPOC, etc. Esse grupo de pacientes geralmente é idoso, com alto grau de dependência para atividades da vida diária, como tornar banho, se alimentar, se vestir, e a perspectiva de haja melhora nesses casos é muito baixa, ou nula. Nesse grupo de pacientes, dependentes, com comorbidades, sem condições para transplante renal e geralmente de idade avançada, planejamos elaborar uma diretriz de avanços, em que esteja descrito quais terapias (ventilação mecânica, cirurgias, UTL etc) a família desejaria instituir, quando houver indicação, ou não. Ao fazer esse questio-*

---

\* Conselheira Parecerista CRMPR.

namento para a família, há casos de pacientes idosos, dependentes, e conscientes, que teriam condições de conversar sobre o assunto. É ético e necessário estabelecer esse questionamento diretamente com o paciente? Seria necessário a família estar presente, quando paciente puder compreender e assinar? Um documento assinado, rejeitando medidas de avanço, tem valor legal, para eventuais questionamentos posteriores ao óbito? Se o médico nefrologista não considerar adequado iniciar diálise em paciente com demência terminal, que não pode decidir e não tem perspectiva de melhora, pode a família questionar, e culpar, esse profissional ética ou judicialmente? Acredito que tal diretriz de avanço pode e muito, evitar angústias que vemos todos os dias em hospitais: paciente com muitas comorbidades em fase final, e não precisa ter câncer para ser terminal: DPOC, ICC, Doença renal, A VC, demência, todas essas doenças têm um fim, obviamente, e sendo encaminhados para UTL entubados, submetidos a hemodiálise, sem uma mínima discussão sobre a adequação de tais procedimentos, ou sobre a vontade prévia do paciente. Em um curto estágio em uma universidade americana, observei que todo paciente possuía uma checklist assinada, do que ele ou um responsável aceitariam como tratamento. Solicito um parecer sobre diretriz de avanço terapêutico.”

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Sempre, sempre devemos levar em conta alguns princípios fundamentais da nossa profissão:

*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.*

*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.*

Segundo o Manual de Diálise (4<sup>o</sup> edição - Daugirdas, John T.; Blake, Peter G.; Ing, Todd S - capítulo 2, pág. 16 -17.) a opção de não-diálise e manter-se um paciente renal crônico com cuidados paliativos é possível. Mas também lembra que não existem contra-indicações absolutas para a terapia dialítica. No Brasil existe o direito constitucional à diálise para quem o deseje, apesar da gravidade de outros problemas médicos. Nos casos de pacientes incapazes de decisão, e quando a família se dividiu sobre a diálise, as comissões de ética ou de bioética em hospitais

podem ser de grande auxílio. Nos E.U. A., a associação médica emitiu uma diretriz de prática clínica para parar ou nunca começar a diálise em certos pacientes, e isto depende da decisão compartilhada - o consentimento ou recusa - do prognóstico ou de um julgamento por tempo limitado de diálise, quando for indicado. Dá como exemplos pacientes com doenças avançadas de outros sistemas orgânicos, por exemplo malignidade e insuficiência hepática. Em alguns desses pacientes, a diálise pode ser fútil. Futilidade é um princípio ético no qual se baseia a decisão de não iniciar a diálise, devido à baixa probabilidade de ser bem-sucedida. Por outro lado - e é aqui que o médico deve como ninguém mais saber agir e medir os prós e os contras - alguns desses pacientes podem ter uma boa qualidade de vida e até a "remissão" da falência de outro órgão sistêmico afetado, devido à remoção de fluidos, equilíbrio hidroeletrólítico e melhora do estado nutricional, providos pelo suporte multiprofissional que o manejo da doença renal crônica estágio 5 exige. Em várias partes do mundo, o grupo etário que mais cresce nas clínicas de diálise é o dos idosos acima dos 80 anos. O acesso vascular não é particularmente complicado, e nos casos difíceis cateteres com cuff podem ser a solução. Limitações de tempo não são um problema, e essas pessoas muitas vezes chegam ansiosas para seus tratamentos, pois há o convívio social. O transporte geralmente está disponível pelo poder público. Uma alta taxa de aderência em todos os aspectos do tratamento, muitas vezes compensa a maior prevalência de comorbidades (cardíacas, vasculares, malignidades) com obtenção de uma boa evolução. Como resultado, muitos pacientes idosos colocados em diálise continuam a usufruir uma boa qualidade de vida e se beneficiam com a melhoria já documentada em uma série de estatísticas de desfecho em saúde pública.

Contudo, os questionamentos do Dr. X são muito oportunos nos dias atuais e nos fazem refletir sobre a nossa finitude. Morrer faz parte da vida. A morte não deve ser vista como uma forasteira inconveniente, mas como parte integrante da própria vida. "Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que nossa alma tiver conquistado, porque suas conquistas se identificam com a própria vida" diz Tagore poeta indiano.

Chega um momento que a medicina não consegue mais dar opções de terapia para o ser humano. Vejamos este artigo publicado na revista Bioética volume 13 n.º 2 - 2005 (Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal - Reinaldo Ayer de Oliveira):

*"Em geral, o médico assume posição de enfrentamento à morte, considerada sua "maior adversária". Desse posicionamento pode decorrer uma luta desenfreada pela manutenção da vida a qualquer preço, indiferente à vontade do doente e de seus familiares. Pode também ser estabelecida uma condição de intransigência do médico quanto a real possibilidade de morte do paciente. Tal conduta pode trazer, como conseqüência, a agonia prolongada, dor e sofrimento ao doente e seus familiares. Pessini chama essa situação de distanásia, definida como uma forma de prolongar a vida de modo artificial, sem a perspectiva de cura ou melhora (5)."*

*"Outra alternativa discutida entre os profissionais de saúde e a sociedade diz respeito a um conjunto de atitudes e procedimentos que, levando em conside-*

*ração a integridade da pessoa, respeita seus direitos e sua autonomia de decidir sobre a própria morte. Nesses casos, considera-se que a retirada e suspensão de tratamentos dolorosos, inúteis e dispendiosos de manutenção de vida possibilitam que o doente em fase terminal de doença grave e incurável, bem como seus familiares, compartilhem sobre o seu destino.”*

A Resolução CFM n.º 1805/2006 trata da terminalidade, ali está claro que o médico pode suspender ou limitar tratamentos ou procedimentos que prolonguem a vida do doente terminal, contudo a vontade do paciente e ou do seu representante legal deve ser respeitada.

O médico não deve agir em seu próprio favor, mas sim em prol do paciente. O médico está subordinado ao interesse do paciente. A mesma resolução garante ao paciente o direito de receber todo o tratamento para aliviar o seu sofrimento, e receber conforto físico, psíquico, social e espiritual.

Para nortear essa tomada de decisão, devemos ter em mente alguns princípios bioéticos: a autonomia, a não maleficência e a beneficência.

- Autonomia em bioética é a do paciente. É o paciente fazer aquilo que julga ser melhor p/ si mesmo, tendo a capacidade de deliberar com compreensão entre as terapias de substituição renal existentes. Ao médico e à sua equipe cabe respeitar a decisão do paciente. Isto é a essência do consentimento informado.

- A não maleficência refere-se a não causar dano ao paciente. Deriva da máxima da ética médica “Primum non nocere”. Temos que ter em mente que todo procedimento dialítico envolve risco de dano ao paciente. E isto deve ser colocado claramente ao doente e sua família.

- Beneficência é fazer o bem, temos a obrigação moral de agir em benefício do outro. O Juramento de Hipocrates nos traz tanto deveres de não-maleficência, quanto de beneficência:

*“Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele.”*

Vale aqui colocar o escrito no Parecer CRM-PR n.º 139/2008 da lavra da Conselheira Dra. Ewalda Stahlke:

*“Visto sermos mortais, a manutenção da vida em algum momento será uma atitude fútil, desprovida de bom senso, o médico não é obrigado ética e moralmente a preservar a vida a “todo custo”, mas tão somente quando do ponto de vista biológico for sustentável e não um mero prolongador do processo de morte, assim como não cabe a ele nem o papel e nem o direito de reduzir o tempo de vida.*

*Não é o caso de tratar ou não tratar, mas, qual o tratamento mais apropriado do ponto de vista biológico, do ponto de vista pessoal, do paciente, e das circunstâncias sociais.”*

E da mesma conselheira, o Parecer CRM-PR n.º 1026/2010:

**“Diálogo** é a palavra-chave na relação médico-paciente-família..... Esse diálogo deve ter como meta o melhor interesse do paciente, sem o que perde o sentido, além de assumir como pressuposto que a ciência não pode responder às questões éticas, embora as fundamente via análise de dados e perspectivas científicas. **A escolha é sempre fruto de uma decisão ética.** Este é o desafio ético no

cuidado do paciente criticamente enfermo. Quando e como agir, fazendo o melhor possível para atender aos seus interesses, sem transpor a linha da futilidade, tarefa difícil, bem mais que apenas dominar o uso de tecnologia sustentadora de vida.”

“É essencial que todos os envolvidos tenham serenidade suficiente para identificar a fase paliativa, onde a Medicina não tem mais que vencer a doença ou a morte, mas aliviar o sofrimento, limitar o mal e acalmar a dor, momento em que a medicina chamada curativa não tem mais o direito de imiscuir-se na vida daqueles que daquela não necessitam mais, restando ao médico a sua mais nobre função, ou seja, consolar e solidarizar-se ao paciente e seus familiares até o momento do término de sua vida.”

O Estatuto do idoso deve ser também lembrado:

“Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.”

Respondendo às perguntas do Dr. X:

(1) Ao fazer esse questionamento para a família, há casos de pacientes idosos, dependentes, e conscientes, que teriam condições de conversar sobre o assunto. É ético e necessário estabelecer esse questionamento diretamente com o paciente?

Resposta: Sim, com certeza se deve fazer o questionamento com o paciente, se o idoso for legalmente capaz e estiver em condições mentais de entender e tomar a decisão.

(2) Seria necessário a família estar presente, quando paciente puder compreender e assinar?

Resposta: Pelo estatuto do idoso, no seu artigo 17 acima referido, não existe esta obrigatoriedade, porém a família é a responsável pelo idoso quando este não tem mais capacidade de tomada de decisão. Nos casos de idosos interditados o curador é o responsável por este ato. O médico só é o responsável pelo paciente quando não houver família ou curador instituído. É prudente que a família esteja presente, se o paciente permitir, até para servir de testemunha do fato.

(3) Um documento assinado, rejeitando medidas de avanço, tem valor legal, para eventuais questionamentos posteriores ao óbito?

Resposta: Sim, o consentimento esclarecido e assinado e o devido registro no prontuário médico podem ser usados como provas materiais em caso de questionamentos. Lembrar que o registro no prontuário é obrigatório conforme Resolução CFM n.º 1805/2006.

(4) *Se o médico nefrologista não considerar adequado iniciar diálise em paciente com demência terminal, que não pode decidir e não tem perspectiva de melhora, pode a família questionar, e culpar, esse profissional ética ou judicialmente?*

Resposta: Como dito acima, o médico age em prol do paciente. Cabe ao médico apontar à família o caminho a ser seguido, tendo o diálogo como um mestre responsável. Assim, o médico é o indicador das ações, e ajuda-a a escolher aquela mais benéfica para o paciente após expostos riscos, benefícios e custos. Contudo, baseando-se no artigo 17 do estatuto do idoso, a palavra final a respeito de iniciar terapia dialítica cabe à família. Portanto, caso o médico não a inicie, a família pode sim questionar ética e judicialmente o médico, porém a eventual responsabilidade dele só será estabelecida após o devido processo legal.

É o parecer.

Curitiba, 20 de junho de 2011.

Marta Vaz Dias de Souza Boger  
Cons.<sup>ª</sup> Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N<sup>o</sup>. 039/2011**

**Parecer CRMPR N<sup>o</sup> 2342/2011**

**Parecer Aprovado**

**Sessão Plenária n<sup>o</sup> 2801, de 08/08/2011 - Câmb I**

---

---

## **PRESCRIÇÃO E REEMBOLSO DELENTE DE CONTATO**

Mario Teruo Sato\*

**Palavras-chave** - lente de contato, prescrição, honorário, Resolução CFM n° 1965/2011, adaptação, reembolso

### **PRESCRIPTION AND THE REIMBURSEMENT OF CONTACT LENS**

**Key-words** - contact lenses, prescription fees, CFM Resolution No. 1965/2011, adjustment, reimbursement

#### **CONSULTA**

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina do Paraná, o Sr. XX, faz consulta com o seguinte teor:

*“Bom dia. Não sei se o CRM é o órgão que poderá esclarecer minha dúvida. Gostaria de saber se existe receita (prescrição) médica específica para lentes de contato. Pergunto isso, pois a política de benefícios da empresa onde trabalho exige, para efeito de reembolso, que devo apresentar uma receita médica específica para lentes de contato. Tive uma consulta médica, solicitei a receita, porém o médico argumentou que não existe receita específica para lentes de contato, e sim receita para óculos com adaptação para lente de contato. Não consigo receber o reembolso, pois a empresa exige a receita específica para lentes de contato, porém não sei se o argumento do médico está correto. Gostaria de uma orientação. Obrigado, XX.”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Resolução recente n.º 1965/2011 do CFM (Conselho Federal de Medicina), regulamenta a indicação e a adaptação em usuários de lentes de contato. Quanto à indagação pelo Sr. X quando a existência de receita para lente de contato, a fins de reembolso por parte da sua empresa, o profissional agiu de modo ético, porque não há receita para lentes de contato e sim para o aviamento de óculos.

---

\* Conselheiro Parecerista CRM/PR.

Isto se deve, aos vários riscos inerentes a adaptação das lentes de contato, em acordo com esta Resolução.

**“CONSIDERANDO** que as lentes de contato são passíveis de contaminação por agentes agressivos ao olho, como depósitos de lipídios e de proteínas acumulados durante o uso, colônias de microrganismos oriundos do meio ambiente e as próprias substâncias empregadas em sua limpeza; e que o contato do olho com esses agentes pode levar a reações alérgicas, tóxicas e infecciosas com conseqüências potencialmente graves;

**CONSIDERANDO** as características individuais, anatômicas e funcionais de cada globo ocular;

**CONSIDERANDO** que as lentes de contato inevitavelmente impõem à córnea algum grau de hipoxia, o que torna o olho mais suscetível a infecções e inflamações agudas e crônicas que podem alterar sua fisiologia;”

Em acordo com a Resolução n.º1965 no seu artigo 3º diz que “Com vistas à segurança do procedimento, a indicação e processo de adaptação devem ser feita pelo mesmo médico, sendo atos intransferíveis e não compartilhados”.

Portanto a adaptação de lente de contato é um ato médico, devido aos riscos inerentes da adaptação do mesmo (citados acima), portanto o oftalmologista agiu corretamente, em acordo com a Resolução CFM n.º1965/2011.

Levando em consideração que o paciente tem direito ao acesso de um relatório médico, esse poderá ser fornecido pelo médico oftalmologista.

É o parecer.

Curitiba, 10 de agosto de 2011.

Mario Teruo Sato  
Cons. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N.º. 112/2010**  
**Parecer CRMPR N.º 2343/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n.º 2805, de 15/08/2011 - Câmara II**

---

---

## **CLINICA DE ESTÉTICA E SALÃO DE BELEZA ESTÃO VINCULADOS E NÃO PODEM SE ESTABELECEM**

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke\*

**Palavras-chave** - clínica de estética, salão de beleza, vinculação, dificuldades, Resolução CFM nº 183/2011

### **BEAUTY CLINICS AND BEAUTY SALONS ARE LINKED, THEREFORE CAN NOT BE ESTABLISHED**

**Key-words** - beauty clinic, beauty salon, linking, difficulties, CFM Resolution No. 183/2011

#### **CONSULTA**

Em e-mail, encaminhado a este Conselho Regional de Medicina a Dr.<sup>ª</sup> XXX, faz consulta com o seguinte teor:

*“Bom dia, Preciso de uma informação a respeito da Resolução CRM-PR 180 de 2010. Uma clínica de estética, e salão de beleza vinculado, o que influencia nos seus procedimentos com esta resolução, quanto aos procedimentos utilizados pela mesma....*

*Como ficam questões, como aplicações de botox, drenagens, limpezas de pele, e outros procedimentos. Ela não pode ter convenio com cirurgões para fins de continuação do tratamento quando feito uma plástica, por exemplo? Se pudessem elucidar estas dúvidas, agradeceria...”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

A Resolução CRM-PR n.º 180/2010 após a publicação de uma errata a corrige para Resolução CRM-PR n.º 183/2011 e define ser “vedada a prática de atos médicos com vinculação e/ou interação com estabelecimentos de estética, salões e/ou institutos de beleza e congêneres”, entendendo “por interação/vinculação, a existência de consultório médico nos locais referidos no caput do artigo e/ou a troca de vantagens pecuniárias ou de qualquer outra espécie entre médico e estabelecimentos de estética, salões e/ou institutos de beleza e congêneres”.

---

\* Conselheira Parecerista CRMPR.

A finalidade desta resolução pretende disciplinar a prática médica, não permitindo que médicos prestem consultas ou realizem procedimentos dentro de salões de beleza, que tem por objetivo o embelezamento e possuem normas específicas da Vigilância Sanitária, da mesma maneira não pode haver um salão de beleza dentro de um estabelecimento médico.

Embora não tenham sido especificados todos os procedimentos pretendidos, a exemplo do Botox®, a aplicação de produtos injetáveis somente pode ser realizada por pessoas habilitadas conforme as competências de cada profissão e permitidas pela legislação.

Quanto a um Cirurgião manter convênios ou indicar um profissional, como indagado na consulta, pressupondo que seja baseado na confiança, o indicado deve obrigatoriamente estar habilitado e qualificado para realizar os devidos procedimentos complementares ao ato médico, desde que estejam de acordo com a legislação, mesmo que a opção seja para algum salão de beleza devido à natureza do procedimento. Cabe lembrar que pode haver co responsabilidade resultante de eventos em consequência da indicação, por isto deve-se ter especial atenção ao Código de Ética Médica que em seu artigo 2 veda a delegação a outros profissionais de atos ou atribuições exclusivos da profissão médica, ao art. 18 que ressalva a necessidade de se obedecer aos acordãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e ao art. 21 que reforça o respeito à legislação pertinente.

Destacamos ainda que, independentemente do local indicado, não pode existir qualquer tipo de ganho ou interação entre os envolvidos, como bem explicita a Resolução n.º 183/2011 e o art. 59 do CEM que veda oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido.

É o parecer.

Curitiba, 1.º de agosto de 2011.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke  
Cons.ª Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N.º 147/2010**  
**Parecer CRMPR N.º 2341/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n.º 2797, de 1º/08/2011 - Câm IV**

---

---

## **MÉDICO ASSISTENTE DEVE FORNECER O ATESTADO MÉDICO NA ALTA MÉDICA DE PACIENTE**

Keti Stylianos Patsis\*

Palavras-chave - médico assistente, alta médica, fornecer

### **THE ASSISTANT DOCTOR MUST PROVIDE THE SICK NOTE WHEN PATIENT LEAVES THE HOSPITAL**

Key-words - doctor, hospital leaving, to provide

#### **CONSULTA**

Em e-mail, encaminhado a este Conselho Regional de Medicina, o Sr. XXX, faz a seguinte consulta:

*“Possuo uma empresa de Medicina do Trabalho, onde vem ocorrendo alguns problemas em relação ao atestado médico, gostaria de uma informação se possível no que tange a Alta Médica, temos o conhecimento de que deve ser feita pelo médico do tratamento da patologia do paciente, porém o que ocorre é que alguns médicos não estão dando alta e mandando eles retornarem ao trabalho sem a alta, assim causando um conflito entre o médico do trabalho e o médico do tratamento da patologia. Gostaríamos de saber de Vossas Senhorias onde se encontra na Lei a responsabilidade pela alta médica do paciente.”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O médico do trabalho, como todos os médicos, tem responsabilidade sobre os pacientes que atende e autonomia para tomar decisões, baseado em seu próprio conhecimento. De posse de atestado emitido pelo médico assistente do trabalhador, o médico do trabalho deve examinar o paciente diretamente, avaliar o seu estado clínico e sua capacidade laborativa e somente após conhecer todos os detalhes emitirá seu parecer, baseado na sua própria opinião, que pode ser divergente daquela emitida pelo médico assistente, especialmente quanto à

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.

capacidade laborativa do paciente/trabalhador. Isto ocorre porque nem sempre o médico assistente conhece as atividades laborativas e a real demanda física e/ou mental contida nas atividades de seus pacientes. Cabe, portanto, ao médico do trabalho - que deve ter tal conhecimento - a tarefa de avaliar os trabalhadores portadores de doenças e determinar sua aptidão para o trabalho, levando em conta a atividade desempenhada pelo trabalhador e as limitações físicas ou mentais impostas por sua doença. Esta conselheira ressalta que a manutenção da atividade laboral pode ser fator positivo na promoção de saúde, como bem demonstrou um estudo realizado pela Universidade de Edimburgh há poucos anos. Buscando determinar os principais fatores de risco para o adoecimento, em diversos ambientes de trabalho aquele estudo concluiu que o afastamento do trabalho foi o principal fator de adoecimento e de agravamento de doenças crônicas, como obesidade, hipertensão arterial, síndrome de dependência de álcool e drogas e diabetes, por exemplo.

É o parecer.

Curitiba, 25 de julho de 2011.

Keti Stylianos Patsis  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 076/2010**  
**Parecer CRMPR Nº 2339/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária nº 2795, de 25/07/2011 - Câmb III**

---

---

## **MEDICINA DO TRABALHO – ATESTADO MÉDICO RETROATIVO COM AFASTAMENTO POR DOENÇA COM DATA DE DESLIGAMENTO, COM AVISO POSTERIOR AO DE DISPENSA**

Keti Stylianos Patsis\*

**Palavras-chave** - medicina do trabalho, atestado médico, retroativo, exame ocupacional, com data posterior da dispensa

### **MEDICAL CARE AT WORK- RETROACTIVE SICK NOTE INCLUDING WORK LEAVE DUE TO ILLNESS, BEING THE WARNING DATED AFTER THE EXEMPTION**

**Key-words** - occupational medicine, sick note, retroactive, occupational examination, dated after the exemption

#### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, a Dr.<sup>ª</sup> XXX, faz consulta com o seguinte teor:

*“Se o trabalhador, após ter recebido o aviso de desligamento do empregador, comparecer ao exame demissional apresentando atestado médico de afastamento por doença (com ou sem CID), com data/hora posterior ao aviso de dispensa, o Médico do Trabalho deve/pode realizar o exame ocupacional.”*

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

O exame demissional é um ato médico, onde o médico do trabalho deve exercer sua autonomia, baseado em seus próprios conhecimentos. Neste exame, como em qualquer exame ocupacional, o médico deve realizar anamnese (clínica e ocupacional), exame físico e, se necessário, solicitar exames complementares, para concluir a respeito da capacidade laborativa do trabalhador demitido. É da boa prática da Medicina do Trabalho que se considere o trabalhador apto para a demissão, se – e apenas se – ele também puder ser considerado apto para a realização das mesmas atividades por ele realizadas em sua empregadora, à época da dispensa.

---

\* Conselheira Parecerista CRM/PR.

Esta conselheira entende que – assim como o médico do trabalho pode contestar atestados médicos emitidos por outros colegas, para justificar faltas ao trabalho, baseado no exame por ele realizado (Parecer CRM-PR 2110/2009) – ele também tem autonomia para discordar do médico que emitiu atestado informando incapacidade laborativa, se seu convencimento estiver baseado no exame direto do trabalhador.

Chama-se a atenção para o fato de ser imprescindível que os dados que permitiram ao médico do trabalho concluir sobre a existência de capacidade laborativa – apesar da existência de atestado de outro médico, informando o contrário - sejam registrados de modo claro e completo no prontuário médico do trabalhador, para embasar a conclusão médico-ocupacional.

O médico do trabalho pode ainda, ao exame médico demissional, concordar com a existência de incapacidade laborativa, atestada por outro médico. Neste caso, a demissão deve ser suspensa, o trabalhador deve ser afastado do trabalho e apenas quando cessada a incapacidade, o processo demissional poderá ser completado.

É o parecer.

Curitiba, 17 de maio de 2011.

Keti Stylianos Patsis  
Cons<sup>a</sup>. Parecerista

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N<sup>o</sup>. 014/2011**  
**Parecer CRMPR N<sup>o</sup> 2336/2011**  
**Parecer Aprovado**  
**Sessão Plenária n<sup>o</sup> 2778, de 04/07/2011**

---

---

## Ações de educação médica para 2012

Conselheiros e representantes de Sociedades de Especialidades Médicas do Paraná reuniram-se em 30 de novembro, na sede do CRM-PR, em Curitiba, para definir o cronograma de atividades do Projeto de Educação Médica Continuada (PEMC) de 2012. Na oportunidade, foram apresentadas propostas para elaboração do conteúdo programático dos seminários técnico-científicos e das palestras com temas específicos que serão ministrados por especialistas de renome nacional. “Queremos promover atividades em parceria com as especialidades para alcançar um número ainda maior de médicos em todo o Estado e promover a troca de experiência entre os especialistas, disseminando amplamente a atualização médica”, destaca o conselheiro Marco Antonio Bessa, 2.º secretário e responsável.

Ficou definido o calendário preliminar para o Curso de Urgências e Emergências, que será realizado em oito módulos direcionados às áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia, pediatria, ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e otorrinolaringologia. Projeta-se que os módulos sejam iniciados já em março e que ocorram sempre no terceiro final de semana de cada mês, com atividades na noite de sexta-feira e manhã de sábado.

De acordo com Marco Bessa, a intenção é envolver os membros das Câmaras Técnicas e Comissões do CRM-PR na realização desses eventos para que seja possível incluir conteúdos éticos em meio às atividades de atualização do conhecimento científico. “Assim, pretendemos realizar discussões de casos clínicos através de julgamentos simulados”, completa o conselheiro, ressaltando que a programação definitiva deverá ser divulgada em breve, do mesmo modo de como será a implementação da proposta de acompanhamento online e do acesso aos arquivos das aulas já realizadas.

O presidente do CRM-PR, Carlos Roberto Goytacaz Rocha, reforça que os módulos serão realizados presencialmente em Curitiba, mas que estão em curso os preparativos para efetivar a transmissão via internet. “Queremos interagir com os médicos dentro da sua própria casa ou ambiente de trabalho, fornecendo as ferramentas básicas para orientação ética e também científica. Sabemos das dificuldades do profissional que está no interior e que, empenhado em suas atribuições, não pode acorrer aos centros maiores em busca de atualização. Queremos oferecer essa possibilidade e, para isso, contamos com a efetiva participação das Sociedades de Especialidades e dos avanços tecnológicos no campo da comunicação”.

Para a diretora científica da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Paraná (SBGG-PR), Débora Lopes, promover educação continuada em conjunto com o CRM é uma excelente iniciativa. “Vamos tentar associar ao máximo a nossa programação com a do Conselho”, disse. O conceito foi reforçado pela presidente da Sociedade Paranaense de Infectologia (SPI), Rosana Camargo, que acredita ser esta uma excelente alternativa à classe médica. “A troca de experiência entre as especialidades é muito importante e se torna uma oportunidade para o médico reciclar seus conhecimentos”, completa.

Entre as atividades do PEMC, está prevista, ainda, a realização de seminários sobre especialidades médicas com intuito de apresentar estudos científicos e promover debates éticos. Também serão realizados eventos em Delegacias Regionais do Conselho, visando levar aperfeiçoamento profissional aos médicos que atuam no interior do Estado, sendo um exemplo as jornadas sobre Bioética Clínica. O público-alvo são médicos generalistas interessados na área de urgência e emergência e demais especialistas que atuam no Estado.

Da reunião no CRM participaram o presidente Carlos Roberto Goytacaz Rocha, o vice-presidente, Alexandre Gustavo Bley, o secretário-geral Hélcio Bertolozzi Soares, a tesoureira Roseni Teresinha Florencio e o 2.º secretário, Marco Antonio Bessa. Entre os especialistas, marcaram presença a diretora da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Débora Lopes, a presidente da Sociedade Paranaense de Infectologia, Rosana Camargo, o presidente da Sociedade Paranaense de Psiquiatria, André Rotta Burkiewicz, e a presidente e a coordenadora da diretoria de eventos científicos da Sociedade Paranaense de Pediatria, Rosane Cristina Viana e Darci Vieira da Silva Bonetto.

## **Prof. Dr. Mário Braga Abreu**

### **Um médico adiante do seu tempo**

Filho de Manoel M. de Abreu e Maria Joana Braga de Abreu. Nasceu em 25/04/1906, formou-se em 1929 e faleceu em 08/07/1981 aos 73 anos, após 50 anos de medicina.

Foi um homem muito importante como pessoa, como professor e médico-cirurgião.

Professor Catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, 1936. Chefe de Cirurgia Geral da Santa Casa de Curitiba, 1935.

Livre Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná, 1935. Estagiário em 1937 em Berlin no Serviço de Cirurgia Geral do Professor Rutz e Clínica do Professor Kirchner em Heidelberg. No serviço do Professor Böhler em Viena, e no serviço do Professor Mathiev, Professor Mondor e Professor Gasset, em Paris.

Paraninfo e Patrono de várias turmas e proferiu seu primeiro discurso de paraninfo em 1937. Em 1966 recebeu o título de Cidadão Benemérito do Paraná.

Em 1976 deixou a UFPR e dedicou-se ao Curso de Medicina da PUC.

**Doação** - A maleta que o Prof. Mário utilizava em atendimento domiciliar, há 50 ou 60 anos apresenta uma rara oportunidade para conhecer elementos do exercício da medicina, quando os atendimentos mais comuns, mesmo em pequenas cirurgias e partos eram em fazendas ou casas, pois hospitais eram poucos.



A medicina era exercida com grande sacrifício pelos recursos disponíveis. Oferecimento da família do Prof. Mário de Abreu, através de seu genro, o Prof. Dr. Renato Bonardi, proctologista do Curso de Medicina da UFPR-HC.

**Palavras-chave** - Museu de medicina, História da medicina, Mário Braga de Abreu, maleta médica, instrumentos, gase, clorofórmio, máscara anestésica Ombredane

**Key-words** - Medicine history, Medicine Museum, Mário Braga de Abreu, medical instruments' case, gauze, chloroform, Ombredane anesthesia mask

\* Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná.

Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

**Para doações e correspondência:** **Secretaria:** Fone 041. 3024-1415 • Fax - 041 3242-4593  
• E-mail: amp@amp.org.br • Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site [www.amp.org.br](http://www.amp.org.br)



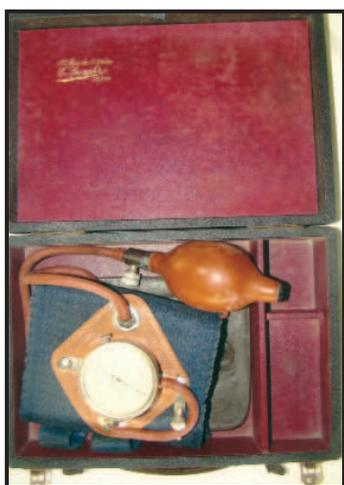
Maleta médica de atendimento domiciliar e seu conteúdo. Pertenceu ao Prof. Dr. Mário de Abreu.



Máscara anestésica de Ombredane.



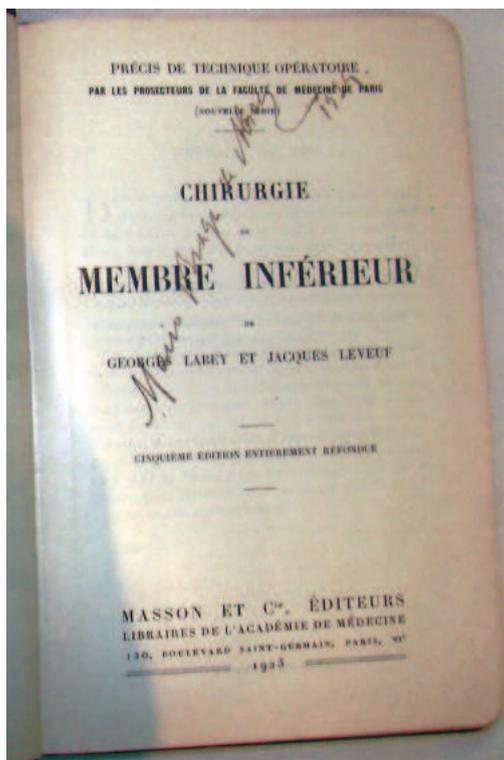
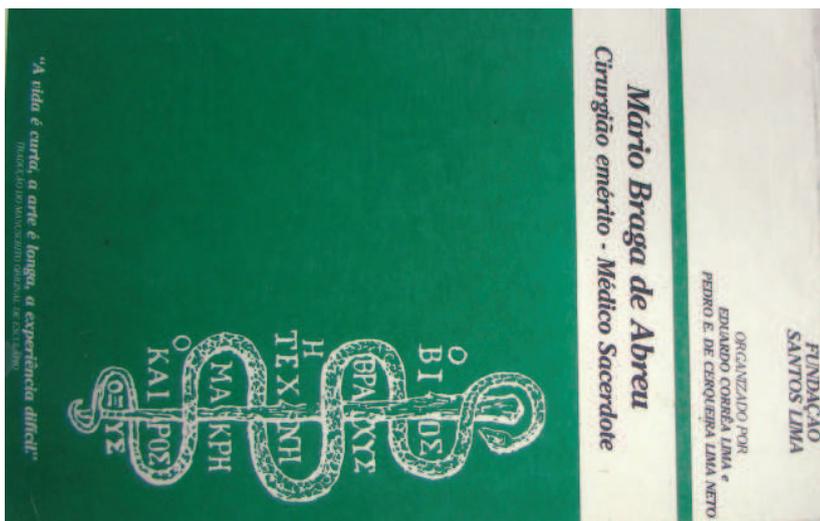
Caixa metálica com instrumental cirúrgico e para parto.



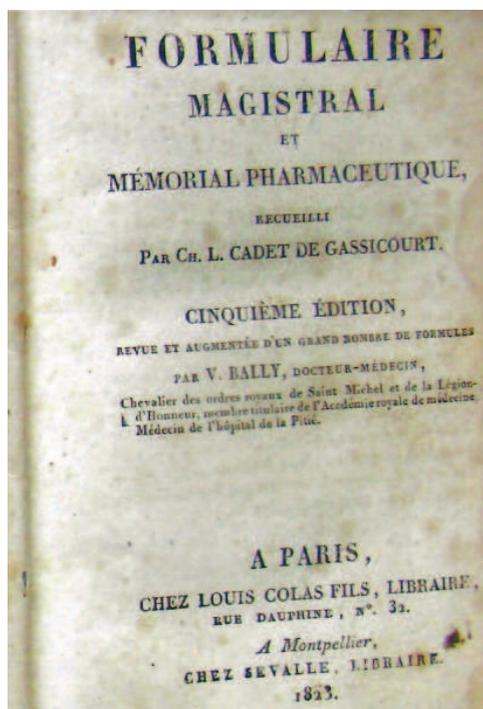
Esfigmanômetro



Clorofórmio, gase hidrófila, fio catgut.



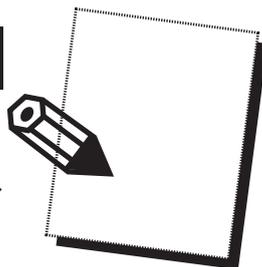
Edição 1933



Edição 1833



## MUDANÇA DE ENDEREÇO



**Fone 41 - 3240-4000**

**Fax 41 - 3240-4001**

**e-mail: protocolo@crmpr.org.br**

### **Lei nº 3.268 de 1957. Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958.**

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

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - VISTA ALEGRE - CAIXA POSTAL 2208  
CEP 80810-340 CURITIBA - PR - FONE: 41 3240-4000 - FAX:41 3240-4001

### FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a): ..... CRM/PR: .....

**Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:**

**Endereço residencial:** .....

Nº: ..... andar: ..... Bairro: .....

Cidade: ..... UF: ..... CEP: .....

Fone resid.: (.....) ..... Fone coml.: (.....) ..... Fax.: (.....) .....

**Endereço comercial:** .....

Nº: ..... andar: ..... Bairro: .....

Cidade: ..... UF: ..... CEP: .....

Telefone comercial: .....

**Endereço eletrônico:** ..... Fax.: (.....) .....

Observações: .....

Em ...../...../.....

Assinatura: .....

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
COMISSÕES DE TRABALHO - GESTÃO 2008/2013  
DELEGADOS REGIONAIS 2008-2013

**1 - Depto. de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)**

Cons. Donizetti Dimmer Giamberardino Filho  
E-mail: defep@crmpr.org.br

**2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)**

Cons.ª Keti Stylianos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
E-mail: codame@crmpr.org.br

**3 - Comissão de Qualificação Profissional**

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador), Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
E-mail: cqp@crmpr.org.br

**4 - Comissão de Tomada de Contas**

Conselheiros Maurício Marcondes Ribas (coordenador), Clóvis Marcelo Corso e Gustavo Justo Schulz  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**5 - Comissão de Licitação**

Adv. Afonso Proença Branco Filho e funcionários Bruno Roberto Michna e Maria Arminde de Souza  
E-mail: protocolo@crmpr.org.br

**6 - Comissão de Ensino Médico**

Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**7 - Comissão de Saúde do Médico**

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseni Teresinha Florencio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertel  
E-mail: saudedomedicor@crmpr.org.br

**8 - Comissão de Comunicação**

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hélio Bertolozzi Soares, Luiz Salim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hemari Vieira.  
E-mail: imprensa@crmpr.org.br

**9 - Comissão Parlamentar**

Conselheiros Luiz Salim Emed (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**10 - Comissão de Patrimônio**

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrop, Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke, Darley Rugeri Wollmann Júnior e funcion. Maria Arminde de Souza.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos**

Conselheiros Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Hélio Bertolozzi Soares, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico**

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Salim Emed e Roseni Teresinha Florencio.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**13 - Comissão de Cooperativismo Médico**

Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni, Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**Delegacia do CRMPR em Apucarana**

Dr. Adalberto Rocha Lobo  
Dr. Ângelo Yassushi Hayashi  
Dr. Artur Palu Neto  
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka  
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior  
Dr. Leonardo Marchi  
Dr. Pedro Elias Batista Gonçalves  
Dr. Pieker Fernando Migliorini

**Delegacia do CRMPR em Campo Mourão**

Dr. Antônio Carlos Cardoso  
Dr. Carlos Roberto Henrique  
Dr. Dairton Luiz Legnani  
Dr. Fábio Sinisgalli Romanelo Campos  
Dr. Fernando Duglosz  
Dr. Homero César Cordeiro  
Dr. Manuel da Conceição Gameiro  
Dr. Marcos Antônio Corpa  
Dr. Rodrigo Seiga Romildo  
Dr. Romildo Joaquim Souza

**Delegacia do CRMPR em Cascavel**

Dr. Amauri Cesar Jorge  
Dr. André Pinto Montenegro  
Dr. Cláudio Jundi Kimura  
Dr. Hi Kyung Ann  
Dr. Keith de Jesus Fontes  
Dr. Miguel José Elvira  
Dr. Paulo César Miliãto da Silva  
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka

**Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu**

Dr. Alexandre Antônio de Camargo  
Dr.ª Francine Sberni  
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez  
Dr.ª Jacilene de Souza Costa  
Dr. José Fernando Ferreira Alves  
Dr. Luiz Henrique Zaions  
Dr. Marco Aurélio Farinazzo  
Dr. Michel Cotait Júnior  
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira  
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

**Delegacia do CRMPR em Guarapuava**

Dr. Ângelo Henrique França  
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomiô Aoki  
Dr. Cicero Antônio Vicentin  
Dr. Francisco José Fernandes Alves  
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond  
Dr. Jean Boutros Sater  
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior  
Dr. Marcos Hernandes Tenório Gomes  
Dr.ª Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

**Delegacia do CRMPR em Londrina**

Dr. Alvaro Luiz de Oliveira  
Dr.ª Alessandra Luiz Spironelli  
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi  
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues  
Dr. Jan Walter Stegamann  
Dr. João Henrique Steffen Júnior  
Dr. Mário Machado Júnior  
Dr. Naja Nabut  
Dr.ª Rosana Hashimoto

**Delegacia do CRMPR em Maringá**

Dr.ª Adriana Domingues Valadares  
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi  
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa  
Dr. Márcio de Carvalho  
Dr. Marcos Victor Ferreira  
Dr. Natal Domingos Gianotto  
Dr. Raul Bendim Filho  
Dr. Ruzzi Nakamishi  
Dr. Vicente Massaji Kira

**Delegacia do CRMPR em Paranavai**

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi  
Dr. Cleonir Mortiz Rakoski  
Dr. Donival Rico  
Dr.ª Hortensia Pereira Vicente Neves  
Dr. Jorge Luiz Pelisson  
Dr. José Eloy Mendes Tramontin  
Dr.ª Leila Maia  
Dr. Luís Francisco Costa  
Dr. Luiz Carlos Cerveira  
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

**Delegacia do CRMPR em Pato Branco**

Dr. Ayrton Martin Maciozek  
Dr. Celito José Ceni  
Dr. Geraldo Sulzbach  
Dr. Gilberto José Lago de Almeida  
Dr. Gilmar Juliani Biscacia  
Dr. Ildefonso Amoedo Canto Júnior  
Dr. José Renato Pederiva  
Dr.ª Vanessa Bassetti Prochmann

**Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa**

Dr.ª Ana Paula Ditzel  
Dr. Carlos Alexandre Fernandes  
Dr. Marcelo Jacomel  
Dr. Meiersson Reque  
Dr. Northon Arruda Hilgemberg  
Dr. Plácido da Trindade Machado  
Dr. Rubens Adao da Silva

**Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC**

Dr. Francisco Mário Zaccolla  
Dr. Jacy Gomes  
Dr. Jonas de Mello Filho  
Dr. Leandro Gastim Leite  
Dr. Richard Andrei Marquardt  
Dr.ª Rita Sibebe Schiessel Flores

**Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Ant. da Platina**

Dr. Ari Orlandi  
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Dr. Carlos Maria Luna Pastore  
Dr.ª Elizabeth Candido da Lozzo  
Dr. José Mário Lemes  
Dr. Jorge Cendon Garrido  
Dr. Sérgio Bachtold  
Dr.ª Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

**Delegacia do CRMPR em Toledo**

Dr. Eduardo Gomes  
Dr.ª Ely Brondi de Carvalho  
Dr. Fábio Scarpa e Silva  
Dr. Ivan Garcia  
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior  
Dr. José Carlos Bosso  
Dr. José Maria Barreira Neto  
Dr. Roberto Simeão Roncato  
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi  
Dr. Valdeci Fae

**Delegacia do CRMPR em Umuarama**

Dr. Alexandre Thadeu Meyer  
Dr. Fernando Elias Mello da Silva  
Dr. Francisco Munoz Del Claro  
Dr. Guilherme Antônio Schmitt  
Dr. Ivan José Cardoso Frey  
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira  
Dr. João Jorge Hellú  
Dr. Juscelino de Andrade  
Dr. Mauro Acácio Garcia  
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho  
**Delegacia de Fronteira em União da Vitória/Porto União-SC**  
Dr. Ayrton Rodrigues Martins  
Dr. Renato Hobi  
Dr. Cláudio de Melo  
Dr. Eduardo Bonilauri Sems

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---



---

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO  
Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre  
Curitiba - Paraná - CEP 80810-340

v.28 - n. 111 - Jul/Set - 2011