

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO
DR/PR
ISR - 48189/83

IMPRESSO

v.9, n.35 - julho / setembro - 1992⁰³

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

DIRETORIA GESTÃO 1991 à 1993

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Hélio Germiniani
1ª Secretária:	Consª. Solange Borba Gildemeister
2ª Secretário:	Cons. Carlos Ehlke Braga Filho
Tesoureiro:	Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Tesoureiro-adjunto:	Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha

MEMBROS EFETIVOS

Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Carlos Ehlke Braga Filho
Dr. João Zeni Junior
Dr. Elias Abrão
Dr. Antonio Carlos C. Küster Filho
Dr. Jaime Ricardo Paciornik
Dr. Nelson Emilio Marques
Drª Solange Borba Gildemeister
Dr. Gerson Zafalon Martins
Dr. Marco Antonio A. Rocha Loures
Dr. Farid Sabbag
Dr. Luiz Antonio M. da Cunha
Dr. Hélio Germiniani
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Nelson Egydio de Carvalho
Dr. Octaviano Baptistini Junior
Dr. Duilton de Paola
Dr. Carlos Henrique Gonçalves (AMP)
Dr. José Leon Zindeluk
Dr. Sérgio Augusto de M. Pitaki
Dr. Gabriel Paulo Skroch

MEMBROS SUPLENTE

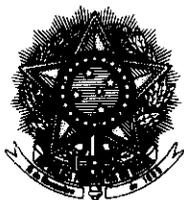
Dr. José Marcos Parreira
Dr. Osmar Ratzke
Drª. Nanci de Santa Palmieri de Oliveira
Dr. Gilberto Saciloto
Dr. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Dr. Sergio Todeschi
Dr. Valdir Sabedotti
Dr. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Dr. Henrique de Lacerda Suplicy
Dr. Antonio Motizuki
Dr. Agostinho Bertoldi
Dr. Gelson Leonardi
Drª. Tânia Mara Cunha Schaefer
Dr. Carlos Augusto Ribeiro
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr. Daebe Galati Vieira (AMP)
Dr. João Nassif (Falecido)
Dr. Ricardo João Westphal *
Dr. Weber de Arruda Leite *
Dr. Odair de Floro Martins *

* Licenciado

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telefone: (041) 223-1414 - Fax: (041) 223-1829



ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v.9	Nº 35	p. 59-118	Jul./Set.	1992
-------------------------------	----------	-----	-------	-----------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

EDIÇÃO

Trimestral

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremin, 1855-b

CEP 80540-320 - Curitiba - Paraná

Fone: (041) 253-4233

TIRAGEM

11.000 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

Sumário

A Responsabilidade Civil do Médico.....	59
Acórdão N° 004/88	87
Em Defesa de Aidético.....	89
Decálogo do Anestesiologista.....	89
Acórdão N° 020/87	90
Dois Médicos do Ano	91
Uma prótese peniana gera ação judicial.....	92
Acórdão N° 003/89	93
Proteção Civil do Nascituro e Novas Técnicas Médicas	94
Implantes de pênis falham e causam dor	95
Pagamento de Honorários a Peritos.....	96
Pode um paciente utilizar-se de mais de um convênio	97
Inscrições Provisórias	99
Para Lembrar-me	100
Homologação dos Exames Médicos-Periciais.....	101
Acórdão N° 011/87	102
Informações Médicas sobre menores portadores de HIV positivo	103
Acórdão N° 10/85	113
Médico Só Pode Ser Responsável Por Duas Instituições	114
Oftalmologista - Esta Resolução é de seu interesse	115

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná", órgão oficial do CRM/PR, é uma revista trimestral dedicada a publicação de trabalhos, artigos, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores, não representando necessariamente a opinião do CRM/PR. A reprodução do conteúdo da revista, agora os artigos traduzidos, sem fins comerciais, pode ser realizada mediante a citação da fonte. Todos os artigos serão submetidos a análise pelo corpo editorial e a revista se reserva o direito de recusar sua publicação ou fazer sugestões quanto ao conteúdo e a forma. O autor deve dispor de cópia do trabalho porquanto o original, mesmo recusada a publicação, não será devolvido. Poderão ser publicados artigos originais ou transcritos, em língua portuguesa ou estrangeira, que deverão ter um resumo em português. A autorização para a publicação de ilustração como fotografia ou transcrição de tabela, gráfico, etc. é de responsabilidade do autor, a qual, poderá ser solicitada. As ilustrações devem ser entregues numeradas e em envelope anexado. Os artigos devem ser datilografados em papel tipo ofício, em espaço duplo e no máximo 20 páginas. Na primeira página do artigo deve constar apenas o título do artigo, nome do autor e da instituição onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos ao essencial. A revista não oferece separatas. Os unitemos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS

Nas referências de publicações devem constar apenas aquelas citadas nos textos e distribuídas por ordenação alfabética.

As referências bibliográficas de periódicos devem conter os dados seguintes, na ordem: 1 - Sobrenome do autor em letra maiúscula seguido após vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais; 2 - Título completo do artigo seguido de ponto; 3 - Abreviatura oficial do periódico; 4 - Volume em número arábico; 5 - Número do fascículo entre parênteses; 6 - Numeração da primeira e última página, precedida de 2 pontos e seguida de vírgula; 7 - Ano de publicação e ponto.

Exemplo: WERNECKE, LC & DI MAURO, S. Deficiência muscular da carnitina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 2): 281-295, 1985.

Nas referências bibliográficas de livros devem ser indicados: 1 - Sobrenome em letras maiúsculas, seguido de vírgula; 2 - Letras iniciais dos prenomes; 3 - Título completo da publicação; 4 - Editora, cidade de impressão e ano.

Exemplo: LANGE, O. - O líquido cefalorraquidiano em clínica. Melhoramentos, São Paulo, 1937.

Ao final das referências deve constar o endereço completo do primeiro autor.

A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Miguel Kfoury Neto

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações gerais

O tema desta monografia - "A responsabilidade civil do médico" - mostra-se atual e palpitante.

Amiudadas vezes examinamos decisões pretorianas, fulcrando as consequências civis e penais de erros médicos.

Isto, apesar de as vítimas pouco recorrerem à Justiça, seja por uma questão de dificuldade de acesso ao foro, seja pela proclamada timidez de nossos Pretórios ao estabelecerem a culpa do profissional da Medicina.

No Brasil, proliferam as Escolas Médicas. Temos no país, hoje, 76 Faculdades de Medicina, algumas péssimas¹, formando cerca de 9000 novos médicos por ano.

O baixo nível qualitativo do ensino - verificável, de resto, em todos os outros cursos - vem-se refletindo incisivamente no desempenho profissional dos discípulos de HIPÓCRATES.

A constatação, entretanto, torna-se dramática, à medida que se tem a vida humana, a integridade física da pessoa, como valores postos nas mãos de despreparados profissionais.

Em países mais evoluídos, como os Estados Unidos, as indenizações por dano médico são efetivas.

Recentemente², em Royal Oak, Michigan, o Hospital Beaumont, que já havia pago 1,25 milhões de dólares a Brian Palenkas, por este ter ficado com o maxilar deformado permanentemente, após tratamento naquela casa de saúde, viu-se compelido a pagar mais 426.000 dólares - diante da determinação judicial de remoção de todo o equipamento encontrado nos escritórios do Hospital - para satisfação do débito remanescente.

WALTER BLOISE³ relata que o Sutter Hospital, de Sacramento, Califórnia, EUA, possuía um seguro de responsabilidade civil (Medical Malpractice) com o Lloyd's, de Londres, e a Farmer's Union - reputadas companhias seguradoras - e teve de indenizar 149 mulheres, pagando a cada uma delas 2,750 milhões de dólares, por condenação da Justiça daquele Estado. Ocorre que o anestesista do Hospital, Dr. WILLIAM MIOFSKI,

* Juiz de Direito em Londrina. Professor Assistente da Universidade Estadual de Maringá-PR. Mestrando em Direito na Universidade Estadual de Londrina.

praticou relações sexuais com as doentes anestesiadas, na própria mesa de operação.

GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA⁴, Professor e médico paraibano, após registrar que o exercício da medicina vem-se tornando difícil em face do aumento de demandas contra os médicos, relaciona os erros profissionais mais frequentemente imputados a esses profissionais: "exame superficial do paciente e conseqüente diagnóstico falso; operações prematuras; omissão de tratamento ou retardamento na transferência para outro especialista; descuidos nas transfusões de sangue ou anestésias; emprego de métodos e condutas antiquados e incorretos; prescrições erradas; abandono ao paciente; negligência pós-operatória; omissão de instrução necessária aos doentes; responsabilidade médica por suicídio em hospitais psiquiátricos. E ainda outros casos que dependem menos dos médicos do que do seu instrumental: queimaduras por raio X; infecções propagadas por instrumentos; ou o não funcionamento de um artefato qualquer no momento preciso".

Adiante, esclarece que nos países hispano-americanos são mais raros os pleitos contra esses profissionais. Na Suécia também são excepcionais tais ações, devido ao respeito tradicional à autoridade e ao alto nível social dos médicos.

Já nos Estados Unidos - como vimos - a afluência aos tribunais chega a alarmar a classe médica, surgindo uma nova classe de advogados: os médicos juristas.

Também no Japão, Inglaterra, Alemanha, Bélgica, África do Sul e Canadá há um evidente aumento desses litígios.

Identifica-se como causa dessa postura belicosa a despersonalização do relacionamento médico-cliente, em decorrência da socialização da medicina e dos altos níveis de especialização da arte médica.

Desapareceu a figura cordial do "médico da família", amigo e camarada - em quem se depositava confiança irrestrita e contra quem jamais se cogitaria intentar uma ação.

Mister ressaltar, na esteira do Prof. VELLOSO DE FRANÇA⁵, a existência de uma corrente contrária a qualquer responsabilidade, por ser a medicina "um mandato ilimitado junto à cabeceira do doente, ao qual só pode aproveitar essa condição".

Alegam - aqueles que pretendem afastar a responsabilização do médico - que o diploma desse profissional é prova irrefutável de idoneidade e competência.

Ademais, o temor às punições levaria a uma inibição e a um entrave ao progresso científico, tornando-se a Medicina uma ciência tímida e rotineira.

Enfatizam que tribunais leigos não teriam capacidade científica para julgar os feitos médicos com precisão e eqüidade. Por fim, a Medicina é ciência que varia em seus aspectos pessoais e circunstanciais, não é exata como a Matemática.

Tais argumentos - como a doutrina e jurisprudência têm reiteradamente demonstrado - são vazios de significado e não resistem ao mais perfunctório exame crítico.

1.2 O seguro de responsabilidade civil do médico

Na realidade, o pagamento de vultosas indenizações, em caso de culpa médica, só é possível porque hospitais e médicos mantêm seguro de responsabilidade civil por danos a terceiros.

No Brasil, já podem o médico e os estabelecimentos hospitalares recorrer ao

mercado segurador, que dispõe de apólices apropriadas para a cobertura de Responsabilidade Civil Profissional.

Tais seguros excluem os danos estéticos, atos e intervenções proibidos por lei, favorecimento ou conveniência com o terceiro reclamante, quebra de sigilo profissional, tratamento radiológico e similares (salvo convenção em contrário), difamação ou calúnia e uso de técnicas experimentais com medicamentos ainda não aprovados pelos órgãos competentes.⁶

Reduzidíssima é a procura a essa modalidade de seguro. Técnicos do Instituto de Resseguros do Brasil comentam tal fato⁷: "Ora, perguntamos, por que tal tipo de seguro ainda não foi estendido ao profissional liberal, no caso o médico? Porque o médico que detém clínica particular suficiente, que exerce a medicina privada, medicina do ponto de vista liberal, esse médico hoje representa um faixa mínima em confronto com a grande maioria assalariada dos médicos do País".

Adiante, os articulistas transcrevem trecho da Revista de Seguros (abril/77, p. 336):

"No Brasil, o médico é civilmente responsável pelos seus erros e pode ser demandado para que cumpra sua obrigação de reparar os danos culposos que tenha causado ao cliente. O que a experiência tem demonstrado, no entanto, é que o brasileiro até hoje não adquiriu o hábito de processar ninguém para obter reparação de dano. E a classe médica, assim, também tem ficado praticamente alheia ao problema jurídico e financeiro da responsabilidade da reparação das injúrias físicas cometidas aos clientes, no exercício profissional."

"Seguro para proteger o médico contra as conseqüências da sua responsabilidade profissional é outra coisa que, no Brasil, já existe há muito tempo. Trata-se de seguro facultativo, cuja procura é muito escassa - e o é exatamente porque os médicos, acostumados com a idéia de que é muito remota a possibilidade de um processo judicial, em geral jamais pensaram na conveniência ou necessidade de comprar seguro de tal natureza."

"Sempre que a imprensa confere amplo destaque a casos de erro médico, os profissionais da medicina vêem nisso uma orquestração tendente a fazê-los adotar essa modalidade de seguro, onerando-os.

1.3 Aferição da culpa no dano médico

No Brasil, para que o ressarcimento do dano oriundo da culpa médica se torne mais freqüente, é mister que nossos Juizes e Tribunais amenizem as exigências para a aferição da culpa.

Há um excessivo rigorismo dos julgadores, como se depreende de um julgado do egrégio TJSP⁸, lembrado por TEREZA ANCONA LOPEZ MAGALHÃES⁹, que o inquina de injusto. Após operações de varizes, a paciente ficou com o "pé caído", devido a secção de um nervo. A sentença de 1º grau julgou procedente o pleito indenizatório. O v. acórdão deu provimento à apelação, entendendo haver o dano e a relação de causalidade, mas não culpa suficientemente demonstrada. O voto vencido, da lavra do Des. JOÃO DEL NERO, deixa claro a imperícia do cirurgião, embora renomado e de reconhecidos méritos.

Nestes comenos, cumpre ressaltar que a escolha do tema deveu-se ao indisfarçado intuito de provocar reflexão sobre a análise da prova da culpabilidade em casos de dano médico.

O julgador deve ampliar sua discricionariedade.

Os laudos periciais, muitas vezes eivados de um censurável espírito de corpo, hão que ser analisados com objetividade, devendo o juiz - muito mais que em qualquer outra situação posta sob julgamento - avaliar os fatos de modo singelo, sob a ótica da causalidade, sem se deixar envolver pelo excessivo tecnicismo da prova.

É esta a posição de SAVATIER - citado pela Profª TERESA - ao defender a idéia de que o juiz está autorizado a usar dos indícios suficientemente lógicos e suficientemente fortes para tornar sua convicção legítima, pois existe uma lógica no desenvolvimento dos fatos, mesmo os biológicos.

São lapidares as palavras de BENJAMIN NATHAN CARDOZO, o grande Juiz da Suprema Corte norte-americana: "O juiz, mesmo quando livre, não o é totalmente. Ele não pode inovar ao seu bel-prazer. Não é um cavalheiro-errante, vagando à vontade em busca de seu próprio ideal de beleza ou de bondade. Deve extrair sua inspiração de princípios consagrados. Não deve ceder ao sentimento espasmódico, à benevolência indefinida e desgovernada. Deve exercer uma discricção informada pela tradição, metodizada pela analogia, disciplinada pelo sistema e subordinada "à necessidade primordial de ordem na vida social" (F. GÈNY). *Em plena consciência, é ainda bastante extenso o campo de discricção que permanece*"¹⁰. (Sublinhei)

2. CONCEITOS BÁSICOS

Abordaremos, a seguir, alguns conceitos fundamentais, úteis ao estudo dos diversos aspectos da responsabilidade civil do médico.

GEORGES BOYER CHAMMARD e PAUL MONZEIN¹¹ afirmam que são direitos imprescritíveis de cada indivíduo a integridade de seu corpo e a preservação de sua saúde. Daí decorre que o respeito a esses valores é assegurado por disposições do ordenamento jurídico positivo, respondendo os médicos e cirurgiões, civil e penalmente, pelos danos que causarem pela violação às regras de Direito aplicáveis de modo geral ao exercício da atividade médica.

LACASSAGNE¹² define a responsabilidade médica como a obrigação imposta aos médicos em virtude de certas faltas por ele cometidas no exercício de sua profissão, faltas estas que geralmente comportam uma dupla ação: civil e penal. Esta última conduz à imposição de uma pena; o aspecto civil pressupõe a imposição de um pagamento em dinheiro à guisa de indenização.

2.1 Responsabilidade penal e responsabilidade civil

Num e noutro caso o agente infringe um dever.

No caso de crime, o delinqüente infringe norma de Direito Público, seu comportamento perturba a ordem social, provocando uma reação do ordenamento jurídico

representada pela pena. A existência ou não de prejuízo para a vítima é indiferente à sociedade.

No ilícito civil, o interesse diretamente lesado é o privado. Pode ser que o agente não tenha infringido nenhuma norma de ordem pública. Entretanto, como seu procedimento causou dano a alguém, a reação da sociedade é representada pela indenização a ser exigida pela vítima do agente causador do dano. Se a vítima permanecer inerte, nada acontece.

Alguns atos ilícitos poderão repercutir tanto na esfera civil quanto na penal. Af, haverá uma dupla reação do ordenamento jurídico, impondo a pena e o dever de indenizar. É o que ocorre, p. ex., em caso de homicídio (arts. 121 do CP e 1537 do CC).¹³

2.2 Responsabilidade contratual e extracontratual

Quem toma um ônibus tacitamente celebra um contrato de adesão com a empresa de transporte. Esta assume a obrigação de conduzir o passageiro são e salvo a seu destino. Se ocorre um acidente e ele se fere, dá-se o inadimplemento contratual, que acarreta a responsabilidade de indenizar perdas e danos. É o que ocorre, também, com o segurador que se furta dolosamente a pagar a indenização devida ao segurado. Tal responsabilidade, por derivar de um contrato não adimplido, é chamada contratual.¹⁴

Quando a responsabilidade independe da existência de vínculo obrigacional anterior, diz-se que ela é extracontratual. Neste caso, aplica-se o disposto no art. 159 do CC. É a responsabilidade derivada de ilícito extracontratual, também denominada aquiliana. Decorre da violação do dever legal de não prejudicar a ninguém, o *neminem laedere* dos romanos.¹⁵

Se alguém atropela um homem, provocando-lhe a perda de um braço, a responsabilidade pela reparação do dano que se impõe ao agente causador é extracontratual.

Essa tese clássica é hoje bastante combatida. Por dois aspectos, entretanto, persiste a distinção: primeiro, porque o CCB a mantém, tratando da culpa contratual nos arts. 1056 e ss. e da responsabilidade aquiliana no art. 159; segundo, porque a responsabilidade contratual o *onus probandi* se transfere para o devedor inadimplente, enquanto na aquiliana incumbirá à vítima demonstrar a culpa do causador do dano.

2.3 Culpa

JAIME SANTOS BRIZ¹⁶ esclarece que a culpa é o elemento mais complicado e de mais difícil estudo; em que pese a simplicidade de seu sentido vulgar.

Cuida-se aqui, entretanto, da culpa em sentido jurídico, a culpa como pressuposto da responsabilidade por danos e bens alheios juridicamente protegidos.

A culpa, na doutrina clássica, representa o desvio de um modelo ideal de conduta, representado às vezes pela boa-fé, outras pela diligência do *bonus pater familiae*.

O art. 159 do CC brasileiro, de início, cogita de dolo: "ação ou omissão voluntária"; passa, em seguida, à culpa: "negligência ou imprudência".

Dolo é violação deliberada, consciente, intencional, de um dever jurídico.¹⁷

Em caso de culpa, por outro lado, o agente não visa a causar prejuízo à vítima, mas de sua atitude negligente, imprudente ou imperita, resulta dano a outrem.¹⁸

2.4 Dano

DE CUPIS¹⁹ conceitua dano como prejuízo, aniquilamento ou alteração de uma condição favorável, tanto pela força da natureza quanto pelo trabalho do homem.

Acrescenta que o conceito de dano, sob qualquer aspecto, é deveras amplo. Entretanto, pela facilidade com que se apresenta à observação, é objeto de senso comum. Para que o dano seja um fenômeno juridicamente qualificado, deve decorrer da inobservância de uma norma.

2.5 Relação de causalidade

Deve haver uma relação entre a ação ou omissão culposa do agente e o dano à vítima.

Se a vítima sofre o dano, mas não se evidencia o liame de causalidade com o comportamento do réu, improcedente será o pleito indenizatório.

2.6 Responsabilidade objetiva e subjetiva

Segundo a teoria subjetiva, esposada por nosso Código Civil, a vítima tem de provar o dolo ou culpa *stricto sensu* do agente, para obter a reparação do dano.²⁰

Entretanto, essa prova muitas vezes se torna difícil. Nosso Direito Positivo admite, então, em hipóteses específicas, alguns casos de responsabilidade objetiva, ou responsabilidade sem culpa.

2.7 Risco

HENRI CAPITANT²¹ define risco com eventualidade de um acontecimento futuro, incerto e de prazo indeterminado, que não dependa exclusivamente da vontade das partes e pode causar a perda de um objeto ou qualquer outro dano.

Por outro prisma, a chamada "teoria do risco", sob suas várias modalidades-risco-proveito,risco criado, risco de autoridade - procura fundamentar a responsabilidade pelo fato de outrem, partindo da premissa que a referida responsabilidade é irrefragável, não podendo o comitente libertar-se, mesmo provando conduta irrepreensível.

É exemplo a responsabilidade dos comitentes e patrões pelos atos de seus prepostos.²²

2.8 Novas situações ligadas à atividade médica

Referindo-se a novas situações fáticas, exigindo novas soluções jurídicas - em tema de responsabilidade civil - o Prof. JOÃO BATISTA LOPES²³ reproduz lição de ALVINO LIMA: "A vida aí está, com todo o espetáculo das suas realizações criadoras de novas situações jurídicas, a desafiar e exigir soluções sem desmantelo da harmonia social... quando as circunstâncias da vida, múltiplas, imprevisíveis, colocam os homens mais à mercê dos outros, justifica-se sobremaneira o amparo da lei na proteção da vítima".

Na atividade médica, o vertiginoso avanço científico vem gerando problemas nundantes cogitados, aos quais GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA²⁴ denomina "grandes conflitos". Destaca o autor: "1) a fecundação artificial, com as terríveis dificuldades em definir sua licitude e as várias circunstâncias em que se colocam os protagonistas dessa prática, principalmente o filho; 2) o uso de órgãos e tecidos em transplantes, envolvendo interesse e criando choques entre doador, receptor e familiares, e o mais importante, a dificuldade em se estabelecer uma conceituação insuspeita de morte, o que obrigou diversos organismos a se manifestarem a respeito e o Estado, a elaborar estatutos capazes de disciplinar essas intervenções; 3) a política antinatalista que começa a sair dos velhos padrões de contenção à gravidez, e chega ao campo da experimentação através de manipulações genéricas, partindo da organização molecular da matéria viva; 4) a cirurgia plástica, fugindo do aspecto curativo e procurando satisfazer à vaidade e à sofisticação; 5) a experiência científica do homem, com o fim de se obter maiores benefícios para a humanidade, mas ainda presente a lembrança do fantasma de Nüremberg, onde as mais torpes e cruéis atrocidades foram praticadas em nome do mais humano e sagrado dos sacerdócios - a Medicina. Na verdade, exemplo como esse deverá ser sempre repellido pelas gerações que hão de vir, pois nenhuma ciência, nenhum princípio, nem mesmo a própria humanidade podem exigir o sacrifício especulativo de um homem, prática que somente será admitida, todavia, quando constituir um último recurso, e em benefício do próprio experimentado, conforme se manifestou a Associação Médica Mundial em 1962, através da Declaração de Helsinki; 6) a possibilidade de não prolongar a vida de um paciente considerado incurável e em doloroso sofrimento, ou seja, aquilo que passaram a chamar "direito de morrer com dignidade", em que a própria Igreja manifestou-se veladamente favorável, mas a que o médico deve resistir obstinadamente, uma vez que sua arte e sua ciência não podem ser colocadas a serviço da morte, mesmo omissivamente, pois a incurabilidade é e será por muito tempo apenas uma situação de falta de recursos, de tempo e de ponto de vista; 7) o segredo médico, talvez o mais antigo e tradicional princípio do postulado ético-moral da Medicina, que sofreu, nos dias atuais e nos mais diversos lugares, modificações tão graves, que às vezes chega-se a pensar que ele não mais sobrevive; 8) a responsabilidade médica, que com o passar dos dias vai-se transformando num sistema tão complexo e de tanta benignidade aos que demandam contra os médicos, que estes, em alguns países, passaram a retrair-se, pois viam em cada paciente um demandante em potencial; 9) a esterilização humana, que já conta com simpatizantes no mundo inteiro, como medida ideal do controle da natalidade, é também um pretexto à desabrida liberalidade sexual e, conseqüentemente, uma prevenção à gravidez; 10) a publicidade médica, que ultrapassada em seus limites de exigência já começa a tomar uma feição comercial, em anúncios exagerados na linguagem e na forma, culminando o que se

adjetivou de "mercado da personalidade". Há um exibicionismo inescrupuloso, que vai desde a ostentação da caridade até os sôfregos assomos de vaidade para o vedetismo, em colunas de jornais ou em aparições nas tevês, quando o que se procura, acima de tudo, é destacar uma habilidade ou um recurso heróico, salvadores de determinadas situações; 11) a medicina que se denominou socializada, por seu turno, não somente despersonalizou a relação médico-paciente, mas criou, na mente dos doentes, uma idéia de estarem sendo tratados em série; 12) a medicina criativa, fundamentada na Genética, preocupando-se em criar o homem do futuro, sendo claro, no entanto, que resultados dessa natureza comprometem a dignidade humana, uma vez que não deve o homem constituir material de experimentação, não se podendo, também, estabelecer quem deva e quem não deva nascer".

3. BREVE NOTÍCIA HISTÓRICA

A responsabilidade civil recebeu do Direito Romano os princípios genéricos que mais tarde seriam cristalizados nas legislações modernas.

Seu ponto de partida foi a vingança privada, forma primitiva, selvagem talvez, mas humana (e até certo ponto compreensível), de reação contra o mal sofrido.

Mais tarde, a vingança privada, como forma de repressão do dano, passou para o domínio jurídico: o Poder Público passa a intervir no sentido de permiti-la ou excluí-la, quando injustificável. É a pena de Talião, da qual se encontram traços na Lei das XII Tábuas (Tábua VIII, 2ª lei).²⁵

O estágio seguinte foi a composição voluntária, a critério da vítima, que recebia do agressor um "resgate" (*poema*) - soma em dinheiro ou entrega de um objeto.

Passa-se, então, à composição tarifada, prevista na Lei das XII Tábuas, que fixava, para cada caso concreto, o valor da pena a ser paga pelo ofensor.

Sobrevêm, então, a Lei Aquilia (ano 468) e tem início a generalização da responsabilidade civil.

A responsabilidade civil do médico surge, historicamente, com as mais primitivas legislações.²⁶

O Código de Hamurabi (2394 a.C.) já se referia a questões ligadas ao comportamento médico, nos arts. 218, 219 e 226, cominando pena aos médicos ou cirurgiões que cometessem lesões corporais e matassem um homem livre ou escravo. A pena prevista no art. 218 era de Talião. A mão do médico era o órgão considerado culpado pelo insucesso.

No Egito, os médicos ostentavam elevada posição social e se confundiam, muitas vezes com sacerdotes. Desde que se respeitassem as regras, mesmo que o paciente viesse a morrer, não eram punidos. Os egípcios possuíam um livro contendo todas as regras de obediência obrigatória pelos médicos. Seguindo-as à risca, livravam-se eles de toda e qualquer interpelação judicial. Caso contrário, eram punidos com a morte, qualquer que fosse o desfecho da doença.²⁷

Na Grécia antiga - o relato é de PLUTARCO - um médico foi crucificado porque dirigiu-se ao teatro, abandonando seu cliente, que veio a falecer, configurando-se

negligência médica.

Na Lex Aquilia encontram-se os primeiros rudimentos da responsabilidade médica, prevendo a pena de morte ou a deportação do médico culpado da falta profissional. Nas obras de Plínio, todavia, encontraram-se reclamações da impunidade médica, tendo em vista a dificuldade, já àquela época, das tipificações legais.

Afirmava **ULPIANO** (Dig. 1, 18, 6, 7) que "assim como não se deve imputar ao médico o evento da morte, deve-se imputar-lhe o que houver cometido por imperícia".²⁸

Observa-se que, há mais de mil e quinhentos anos, já se cogitava da imperícia do médico, que se tornava responsável pelos danos que viesse a causar ao paciente por falta de habilidade ou conhecimentos.

E não era obstáculo à admissão da responsabilidade a altíssima estima que se tinha pelo ofício do médico - a tal ponto que seus serviços não eram estimados em dinheiro, considerando que somente eram dignos de honra.

Portanto, num primeiro momento, segundo **ITURRASPE**, admitia-se a responsabilidade médica, especialmente a que decorria da imperícia do profissional.

Num segundo momento, já no começo do séc. XIX, quase desapareceu a responsabilidade jurídica, com a decisão da Academia de Medicina de Paris, em 1829, que proclamou a exclusiva responsabilidade moral dos profissionais da arte de curar.

Tal decisão pretendia consagrar uma situação especial de imunidade: para que houvesse responsabilidade médica, seria necessário provar-se falta grave, imprudência visível, manifesta imperícia.

O Procurador-Geral **DUPIN** e a Corte de Besançon, em 1844, não obstante o impacto de uma que outra decisão, seguiram tal teoria - que **ITURRASPE** denominou "responsabilidade eufemística".

Argumentavam seus seguidores que, por haver pluralidade de critérios nas questões médicas - diagnóstico, prognóstico, tratamento, cirurgia, etc. - tudo se mostrava vago, conjectural.

Conseqüentemente, só se poderia responsabilizar os médicos por negligência ou torpeza que qualquer homem pudesse cometer, não aquela em que pudesse incorrer exclusivamente o servidor da medicina.

A culpa médica haveria ser, como visto, grave, inescusável, advinda de erro grosseiro, elementar. O ônus da prova sempre incumbiria ao paciente.

Por fim, os pareceres dos peritos médicos deveriam ser decisivos, posto que somente eles, possuidores de conhecimentos científicos na área médica, poderiam emitir opinião abalizada.

Questionava-se, por fim, a possibilidade de ressarcimento material do dano. Tomavam-se tais ações com pretensão iníqua de enriquecimento sem causa, à custa do profissional médico; uma atitude desumana de molestá-lo, por vingança, atribuindo-se-lhe uma fatalidade do destino; um engodo para burlar a obrigação de pagar honorários - e, no mais das vezes, o resultado do incitamento dos profissionais do Direito.

Assinala o Prof. **JOÃO BATISTA LOPES**²⁹ que "no antigo Direito francês, a responsabilidade civil e a penal não se distinguiam: o autor do dano era castigado com uma pena privada. Posteriormente, porém, a idéia da pena foi substituída pela de

indenização, logrando-se enunciar um princípio geral de responsabilidade civil (direito a reparação sempre que houvesse culpa, ainda que leve)”.
Arq. Cons. Region. Med. do PR. 9 (35), 1992

4. RÁPIDA VISÃO DO DIREITO COMPARADO

Concorrendo, na responsabilidade civil dos médicos, os elementos comuns a qualquer ilicitude, genérica ou específica³⁰, oportuno transcrever as observações de ALVINO LIMA³¹, que analisa o trato legal dispensado à matéria, no Direito alienígena.

Afirma o notável civilista que o Código Civil francês é o padrão das legislações modernas.

O princípio da responsabilidade aquiliana, advindo do Direito Romano, continua a ser o mesmo em todas as codificações dos povos cultos.

Assim, os Código Cívico tedesco e suíço contemplam a culpa como fundamento da responsabilidade aquiliana.

Já o direito inglês e anglo-americano, não possuindo princípio geral de responsabilidade civil semelhante ao do art. 1382 do CC francês (ou do art. 159 do CC brasileiro), desenvolveu a noção de reparação do dano através de *writs*, ações judiciais concedidas às vítimas do delito civil (*tort*), destinadas ao ressarcimento dos danos.

O Código Civil soviético - ainda segundo ALVINO LIMA - confere aos tribunais o arbítrio de mandar ressarcir o dano, ainda que não haja responsabilidade de seu respectivo autor, tomando em consideração apenas a situação patrimonial do mesmo autor do ato e da sua vítima. Assim, o princípio da culpa deixa de ter significação e a obrigação de indenizar é imposta ainda que não haja responsabilidade do autor do dano. Derrogam-se, desse modo, pelo poder arbitral conferido ao tribunal, os princípios gerais fundamentais.

Nos países latinos - Argentina e Colômbia, dentre outros - os danos resultantes da atividade médica obrigam ao ressarcimento civil (ou penal, se pertinente), como os demais atos ilícitos. A responsabilidade do médico é extracontratual e subjetiva, cometendo-se à vítima o ônus da prova. Tal disciplina não discrepa, como se vê, daquela adotada entre nós.

5. DIREITO POSITIVO BRASILEIRO

5.1. Considerações gerais

“SOLON, segundo refere PLUTARCO, já dizia que a cidade realmente civilizada é aquela em que todos os cidadãos sentem a injúria feita a um só e em que todos exigem sua reparação tão vivamente como aquele que a recebeu”.³²

Colhe-se no excelente trabalho da Prof^ª TERESA ANCONA LOPES MAGALHÃES³³ que, dentre nós, cabe ao lesado demonstrar cabalmente a culpa do profissional. Noutros países, procura-se facilitar o trabalho do ofendido na prova da culpa médica. O objetivo é vê-lo indenizado.

Nos Estados Unidos, há a teoria da *res ipsa loquitur* - a coisa fala por si mesma.

Diante das evidências do erro médico, até mesmo os peritos seriam dispensados e o juiz admitiria de pronto a culpa do profissional. Por exemplo, o doente que vem a falecer no pós-operatório por abandono ou quando há erro grosseiro de diagnóstico - trata-se como sífilis um câncer.

Em França, também para proteger a vítima e obviar os inconvenientes na formação da culpa, surgiu, a partir de 1965, como construção jurisprudencial, a teoria da *parte d'une chance*. Em síntese, consiste em se admitir que a culpa do médico comprometeu as chances de vida e a integridade do paciente. Pouco importa que o juiz não esteja convencido de que a culpa causou o dano. É suficiente uma dúvida. Os tribunais podem admitir a relação de causa e efeito entre culpa e dano, pois que a culpa é precisamente não ter dado todas as oportunidades ("chances") ao doente. Milita uma presunção de culpa contra o médico. A doutrina repele esta responsabilidade objetiva do médico.

No Brasil, continua a vigir a teoria da culpa, com o ônus da prova a cargo do ofendido.

Algumas vezes, entretanto, pode-se presumir a culpa, como no caso das cirurgias plásticas cosmetológicas, exames de laboratório e *check-ups*.

Isto ocorre, também, nos hospitais e clínicas, presumindo-se a culpa das instituições hospitalares pelos atos de seus prepostos.

Também quanto aos laboratórios, bancos de sangue e de sêmem a culpa é objetiva.

Ao estabelecimento cabe o direito de regresso contra seu agente culpado. Perante o paciente, entretanto, é sempre aquele que responde civilmente.³⁴

Com o aumento da incidência da síndrome da imunodeficiência adquirida ("AIDS") - além da hepatite e do Mal de Chagas - em decorrência de transfusões, eis aí um aspecto de responsabilidade civil médica que vem assumindo especial relevo.

Dentre as inúmeras situações que poderão ser geradas pela prática de inseminação artificial *in vitro* e diversas outras práticas laboratoriais ligadas à reprodução da espécie humana, MATILDE J. HOJDA³⁵ alude à quebra de frasco contendo embrião. Crime não há, por falta de tipicidade: o embrião do frasco não é pessoa. "Conseqüentemente" - finaliza - "o prejuízo deriva apenas da guarda do material". A nosso ver, poder-se-ia buscar, na hipótese, reparação do dano moral, mormente se impossível coletar-se outro óvulo para a nova inseminação.

5.2. A responsabilidade médica é de natureza contratual

Apesar de o CCB colocar a responsabilidade médica dentre os atos ilícitos, não mais acende controvérsias ser a responsabilidade dos médicos *ex contractu*.

AGUIAR DIAS³⁶ é incisivo: "Ora, a natureza contratual da responsabilidade médica não nos parece hoje objeto de dúvida... Acreditamos, pois, que a responsabilidade do médico é contratual, não obstante sua colocação no capítulo dos atos ilícitos".

É claro que poderá existir responsabilidade médica que não tenha origem no contrato: o médico que atende alguém desmaiado na rua, v.g.

A obrigação de reparar o dano sempre vai existir, seja reproduzida dentro do contrato ou fora dele.

Ao assistir o cliente, o médico assume uma obrigação de meio, não de resultado. O devedor tem apenas que agir, é a sua própria atividade o objeto do contrato. O médico deve apenas esforçar-se para obter a cura, mesmo que não a consiga.

Já na obrigação de resultado (empreitada, transporte ou no caso da cirurgia plástica estritamente estética), o profissional obriga-se a um determinado fim, o que interessa é o resultado dessa atividade - sem o que não terá cumprido a obrigação.

Não há, pois, culpa presumida do médico, apenas por estarmos diante de um contrato.

No tocante à natureza dessa relação contratual, ainda remanesce alguma discussão: locação de serviço ou contrato *sui generis*?

Na prática independentemente da fixação da natureza desse contrato, é ao paciente que incumbe provar a inexecução do contrato por parte do profissional.³⁷

5.3 A culpa na responsabilidade civil do médico

O art. 1545 do CC pátrio esposou inteiramente a teoria da culpa, no que diz respeito à responsabilidade médica.

Havendo dano - morte, incapacidade ou ferimento - a vítima deve provar que o médico agiu com a culpa *stricto sensu* - imperícia, imprudência ou negligência - para poder ser ressarcida.

Na imprudência há culpa comissiva. Age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, açodadas, precipitadas, sem usar de cautela. É o caso do cirurgião que não espera pelo anestesista, principia ele mesmo a aplicação da anestesia e o paciente morre de parada cardíaca.

A negligência médica - di-lo GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA³⁸ - caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É a falta de observância aos deveres que as circunstâncias exigem. É um ato omissivo. O abandono ao doente, a omissão de tratamento, a negligência de um médico pela omissão de outro (um médico, confiando, na pontualidade do colega, deixa o plantão, mas o substituto não chega e um doente, pela falta de profissional, vem a sofrer graves danos. É a "negligência vicariante"); mais: a prática ilegal por estudantes de medicina, acarretando a responsabilidade - por negligência - do responsável pelo estágio; a prática ilegal por pessoal técnico (enfermeira que realiza punção no doente, advindo complicação e danos) - responde o médico; a letra do médico (receita indecifrável - em geral vê-se que os médicos têm letra ruim - levando o farmacêutico a fornecer remédio diverso do prescrito) também conduz à responsabilidade por negligência: deve-se escrever à máquina ou de forma legível; esquecimento de corpo estranho em cirurgia (pinça ou gaze no abdômem do paciente, p. ex.), causando dano.

Também a negligência do hospital - sem a concorrência do médico - é possível. A Corte Suprema do Colorado condenou um hospital por negligência, em virtude da lesão causada por uma enfermeira, ao aplicar uma injeção no nervo ciático do paciente. Não houve censura ao médico, nem à própria enfermeira. Apenas ao hospital, pois tais tarefas não são supervisionadas.

Imperícia é a falta de observação das normas, deficiência de conhecimentos

técnicos da profissão, o despreparo prático. Também caracteriza a imperícia incapacidade para exercer determinado ofício, por falta de habilidade ou ausência dos conhecimentos necessários, rudimentares, exigidos numa profissão.

Adverte VELLOSO DE FRANÇA³⁹ que diagnóstico errado não é sinal de imperícia, dadas as circunstâncias que envolvem a análise dos sintomas, à vezes confusos. Ocorreria aí o chamado "erro honesto".

SAVATIER⁴⁰ colhe na jurisprudência um exemplo de imperícia: médico que emprega método de tratamento anteriormente utilizado, mas abonado mais tarde.

É imperito obstetra que, na operação cesariana, corta a bexiga da parturiente.

O mesmo VELLOSO DE FRANÇA manifesta-se no sentido de que o médico habilitado - profissional e legalmente - não pode ser considerado imperito em nenhuma circunstância, por mais palpável que seja essa situação, pois o médico tem em suas mãos um diploma que lhe confere grau de doutor e habilitação legal, não sendo lógico atribuir-lhe imperícia em situação isolada⁴¹.

Tal posicionamento, ao contrário do que ocorre com inúmeras ensinanças do ilustrado Mestre, não é por nós abonado e não encontra respaldo na doutrina e jurisprudência pátrias.

Nossa maior autoridade em responsabilidade civil, AGUIAR DIAS⁴², admite claramente a imperícia médica, ao reproduzir julgado do Tribunal de Apelação de São Paulo (RT 138/126): "Age com manifesta imperícia o médico que ao examinar uma cliente, supondo-a desvirginada e grávida, provoca com o dedo, o rompimento do hímem. Não o escusa o fato de apresentar, a paciente, sintomas, tais como: a) hemorragia, porque pode ser de origem catamenial; b) coágulos de sangue na região examinada, porque podem provir da estagnação do sangue no útero; c) dor no baixo ventre, explicável também pela cólica uterina; d) seios pigmentados, em tubérculos de Montgomery, porque tal sinal é mera probabilidade de gravidez, podendo ocorrer em estado patológico dos órgãos genitais; e) enjôo, porque também pode ser atribuído à cólica".

Com a especialização da medicina, torna-se cada vez mais freqüente a realização de atos cirúrgicos por equipe médica.

Se houver dano, em princípio presume-se culpado o cirurgião-chefe. Se se puder, entretanto, individualizar a responsabilidade - como no caso do anestesista - responderá o próprio profissional ou o hospital (e aí a responsabilidade estará consubstanciada na Súmula 341 do STF: "É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto").

5.4 Avaliação da culpa

MAZEAUD - TUNC⁴³, comentando o princípio geral da responsabilidade civil, na redação do Código Civil francês, escoliam: "Seguindo a tradição do antigo Direito, os redatores estabeleceram um princípio geral de responsabilidade civil, uma regra suscetível de aplicações ilimitadas. BERTRAND DE GREVILLE declara: "Todo indivíduo é responsável pelos seus atos; esta é uma das primeiras máximas da sociedade; daí decorre que, se esse ato causa algum dano a outrem, é certo que seja obrigado a repará-lo aquele

que, por culpa sua, o tenha ocasionado".

A medida da indenização é a extensão dos danos.

A culpa, ainda que levíssima, obriga a indenizar (*in lege Aquilia et levissima culpa venit*).

Tratando-se da vida humana, não há lugar para culpas "pequenas".

Alguns princípios gerais para a avaliação da culpa médica são sugeridos pela Prof^a TERESA ANCONA LOPEZ MAGALHÃES⁴⁴:

1º Quando se tratar de lesão que teve origem em diagnóstico errado, só será imputada responsabilidade ao médico que tiver cometido erro grosseiro.

2º O clínico geral deve ser tratado com maior benevolência que o especialista.

3º a questão do consentimento do paciente em cirurgia onde há risco de mutilação e de vida é essencial. AGUIAR DIAS cita caso de paciente que se recusou terminantemente a permitir que fosse amputada a sua perna esmagada em acidente, sobrevivendo-lhe a morte em decorrência de gangrena gasosa. Os médicos que propuseram a operação não poderia ter agido de outro modo, dada a comprovada lucidez do paciente ao rejeitar a intervenção cirúrgica.

WANDERBY LACERDA PANASCO⁴⁵ assevera que, na atividade médica, torna-se essencial o consentimento e, por isso mesmo, inarredável. Entretanto, se houver iminente perigo de vida, o profissional pode intervir sem o seu amparo, numa justificativa supralegal.

Evidentemente, no abortamento, p. ex., não decorre efeito nenhum do consentimento da gestante - apenas se excluindo a antijuridicidade nos casos previstos em lei, de aborto terapêutico ou *honoris causa*.

4º O mesmo consentimento se exige no caso de tratamento que deixe seqüelas, como a radioterapia, p.ex. E age com culpa grave o médico que submete o cliente a tratamento perigoso, sem antes certificar-se da imperiosidade de seu uso.

5º Dever-se-á observar se o médico não praticou cirurgia desnecessária.

6º Não se deve olvidar que o médico pode até mesmo mutilar o paciente, se um bem superior - a própria vida do cliente - o exigir (SAVATIER).

7º Outro dado importante é que o médico sempre trabalha com uma margem de risco, inerente ao seu ofício, circunstância que deverá ser preliminarmente avaliada.

8º No caso de cirurgia plástica estética ou cosmetológica, que constitui, como visto, obrigação de resultado, a responsabilidade por dano deverá ser apreciada com muito maior rigor.

Apesar de cada caso de culpa médica ser singular, esses princípios gerais são plenamente observáveis.

Não é preciso que a culpa do médico seja grave: basta que seja certa. ¶

CHIRONI⁴⁶ aborda a dificuldade na mensuração da culpa médica, comentando algumas situações concretas, como a escolha, pelo profissional, dentre duas técnicas cirúrgicas costumeiramente adotadas, sobrevivendo dano.

Mister relembrar-se a lição de YUSSEF SAID CHALI⁴⁷, afirmando que o grau da culpa (em sentido lato) interfere na determinação *an debeat* da responsabilidade ou de seu agravamento. Para o ilustre Magistrado e Professor paulista, "o Direito Privado

brasileiro não se mostra insensível à perquirição da qualidade da conduta do agente (elemento subjetivo do ato), não só na sua determinação de sua responsabilidade civil, como também para seu agravamento em função da gravidade da infração incurra”.

Além da caracterização do agir culposo do profissional médico, conducente à obrigação indenizatória, a gradação da culpa interferirá na apuração do *quantum* indenizável.

Ainda quanto à verificação da existência da culpa, comenta o Prof. uruguaio JORGE PEIRANO FACIO⁴⁸: “Dentro do conceito de culpa que nos parece mais acertado, sua prova não oferece dificuldades consideráveis e deve concorrer juntamente com a prova dos outros elementos do delito ou quase-delito. Sem embargo, tem-se manifestado nos últimos tempos uma corrente, especialmente arraigada na jurisprudência argentina, segunda a qual a prova da culpa, indispensável à determinação da autoria moral de um evento danoso, estaria submetida a normas muito especiais: bastaria provar a relação de causalidade material entre o ato do agente e o dano, para presumir automaticamente a culpa com a qual o ofensor atuou”.

Referido Autor, entretanto, repele tal construção jurisprudencial, afirmando: “La argumentación que se formula en favor de esta tesis no es sin embargo convincente: las presunciones, como es sabido, son siempre de interpretación estricta, y aquí no sólo los textos legales no dan pie a que se llegue a ellas por vía de una interpretación extensiva de los mismos, sino que, propiamente están excluyendo la procedencia de una tal interpretación. ... En conclusión, debe admitirse que la prueba de la culpa sigue el régimen común de prueba de los demás elementos de la responsabilidad extracontractual: la carga de la misma corresponde al damnificado que invoca em su favor el surgimiento de la obligación de reparar”.

5.5 Liquidação do ano

No caso de erro profissional em que resultar a morte do paciente, a indenização consistirá nas despesas de tratamento que tenha tido o falecido, seu funeral, luto da família, assim como nos alimentos a quem a vítima os devia. Aplicam-se as disposições dos arts. 1537 do CC e 602 do CPC.

No caso de ferimento ou outra lesão à saúde, o culpado indenizará o ofendido nas despesas de tratamento e lucros cessantes, até o fim da convalescença (art. 1538 do CC), atualizando monetariamente o débito (Súmula 582 do STF).

Se o tratamento médico resultar aleijão ou deformidade permanente, a soma indenizatória deverá ser duplicada (art. 1539, § 1º, do CC).

Resultando do tratamento inabilitação para o trabalho ou diminuição da capacidade laborativa, além das despesas de tratamento e lucros cessantes, inclui o art. 1539 do CC numa pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

O objetivo precípuo do ressarcimento deve ser a mais completa reparação, incluindo-se aí os danos morais advindos da culpa ou do erro médico.

O Prof. JOÃO CASILLO, em sua obra *Dano à Pessoa e Sua Indenização*⁴⁹ (a um

só tempo erudita e utilíssima), adverte que existe sempre um grau de dificuldade ao se enfrentar o problema da fixação do valor que realmente compense a lesão sofrida pela vítima.

Adiante, o Prof. CASILLO detalha as indenizações devidas.

Em caso de morte, as despesas com o tratamento da vítima devem abranger tudo que seja necessário para salvá-la.

Não há limites quanto se trata de preservar uma vida: todos os recursos da ciência devem ser acionados.

Nestas despesas estão incluídos gastos com transporte, remédios, hospitais, médicos, enfermeiros, viagens, exames de laboratório, aparelhos - tudo que seja necessário.

Quanto aos gastos com o funeral, deve-se fixar um limite, tendo-se em vista a situação social da vítima.

O luto da família, a que alude o já referido art. 1537 do CC, não é apenas o *pretium doloris*: refere-se à ausência do ente querido, aos danos decorrentes da privação do convívio do desaparecido, no seio familiar. A mensuração é difícil e coloca-se ante o prudente arbítrio do julgador.

Quanto à fixação dos alimentos, o Autor, realizando interessante inventário jurisprudencial, traça as diretrizes para a sua fixação:

"a) Partindo da constatação de que o chefe de família consome, consigo, em média, 1/3 de seus ganhos, para aqueles que vivem sob sua dependência a fixação da indenização a ser paga mensalmente na forma de pensão tem sido de 2/3 das rendas. Há decisões que falam em 70%, mas a diferença entre um indicador e outro é muito pequena. Os rendimentos são, para efeito de cálculo, aqueles da data do evento.

"b) Para os assalariados, admite-se, a inclusão de parcela proporcional correspondente ao que seria pago a título de 13º salário, uma vez que este pagamento é obrigatório sempre integrado aos vencimentos, independentemente de pedido. A forma mais indicada de pagamento dessa importância é, sem dúvida, dividi-la em 12 parcelas, acrescendo, proporcionalmente, em cada mês. Esta solução é mais prática, evitando um cálculo especial nos períodos de pagamento normal do 13º salário, bem como o desembolso maior para o devedor, de uma só vez.

"c) Sendo as prestações pagas no decorrer do tempo, são atualizáveis. Esta atualização, hoje questão pacífica, entretanto, com o advento da Lei 6205/75, que instituiu o valor de referência, criou certa divisão nas decisões dos tribunais.

"...

"d) Já foi objeto de comentários a possibilidade ou não das importâncias recebidas a título de pensões e montepios serem compensadas com as verbas indenizatórias. A jurisprudência tem insistido que não, com alguns doutrinadores.

"Permanece a posição exposta.

"...

"f) Se o pedido de indenização feito pelo cônjuge e filhos foi acolhido, vindo um desses beneficiários a perder o direito ao recebimento de sua parte (por morte, v.g.), aos demais remanentes acresceria aquela parcela? A jurisprudência tem entendido que sim,

e parece que corretamente. Quando as decisões têm fixado o montante em 2/3, assim o fazem por um raciocínio de exclusão. Entendem que o chefe da família depende consigo 1/3, entregando aos demais dependentes os outros 2/3. Não tem entrado em cogitações o número desses dependentes. Assim, se, p. ex., a vítima tivesse esposa e quatro filhos, os 2/3 de seus rendimentos provavelmente seriam destinados a estes dependentes, como o seriam também, se tivesse esposa e dois filhos. O valor da indenização, em princípio, não se altera com o número dos dependentes. O que se tem é rendimento global, cuja fonte é a vítima, presumindo-se que ela mesma absorve 1/3 desta renda. Vindo a faltar, outra fonte deve tomar o seu lugar, diminuindo tão-somente a parte que lhe cabia. O restante será em benefício dos demais.

“g) Outro tema bastante polêmico, vinculado à indenização em caso de homicídio, é o concernente à admissibilidade ou não de serem pleiteados lucros cessantes. Há autores, como é o caso de WASHINGTON DE BARROS MONTEIRO, que se manifestam frontalmente contrários. ... Suficientemente provadas estas hipóteses, nada obstará o atendimento do pedido, pois a lei prevê não só a indenização do dano emergente, mas também do lucro cessante, e não haveria razão lógica para, *a priori*, afastar-se essa possibilidade.

“h) Sendo a indenização paga em prestações periódicas, necessário fixar-se até quando irão estas prestações. Há que se procurar um limite no tempo para saber-se qual a duração da obrigação de indenizar.

“Como já foi visto anteriormente, a jurisprudência vem-se inclinando, como regra, para fixar o limite média de vida do brasileiro aos 65 anos. Em princípio, até esta idade a vítima continuará a viver, em condições de suprir as necessidades de seus dependentes. Entretanto, este raciocínio muito simples não pode atender às várias situações peculiares.

“Assim, em relação ao cônjuge sobrevivente, já se decidiu que o direito à indenização deve existir, até que venha a falecer ou contrair novas núpcias.

“Se os pensionados forem filhos (homens), até que estes completem 21 anos, não sendo de se excluir a possibilidade de o pedido ser atendido até que completem um curso universitário, quando então realmente estariam aptos a desenvolver suas atividades, mesmo porque é comum os pais prestarem assistência aos filhos, até que estes completem o curso superior. Estas possibilidades várias serão levadas em conta pelo juiz ao decidir que, de acordo com a prova constante nos autos, verá se a tendência natural, se o pai se mantivesse vivo, seria de iniciar o filho suas atividades profissionais aos 21 anos ou completar um curso universitário. Prevalecerá, como em tantos aspectos, o arbítrio do juiz.

“Tratando-se de filhas, também há decisões que levam o ofensor a indenizar até que contraiam matrimônio.

“Se quem recebia alimentos era a mãe, prestados por filho que veio a falecer, o causador do dano fica obrigado a indenizar até a idade provável do filho, de 65 anos.”

Neste aspecto, vale acrescentar às considerações do Prof. CASILLO, que, tratando-se de filho solteiro, que exercia atividade remunerada, algumas decisões têm determinado a redução da pensão, na data em que a vítima viria a completar 25 anos - data provável em que contrairia matrimônio.

No tocante à reparação por danos físicos, de que trata o art. 1538 do CC, a reparação

terá em vista todos os gastos feitos pela vítima com o tratamento necessário para se refazer das lesões sofridas.

O profissional médico que, culposamente, infligir tais ofensas à saúde do paciente, será compelido, também, a indenizar o que o ofendido, em razão do mal padecido, deixou de lucrar. A indenização pelos lucros cessantes - dilucida ARNALDO RIZZARDO - perdura até que o ofensor obtenha alta do tratamento a que se submeteu, ou até ficar em condições de retornar ao trabalho normal.

Se houver redução da capacidade laborativa, o art. 1539 do CC impõe, além das despesas de tratamento e lucros cessantes, o pagamento de uma pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

O lesado há que comprovar seus rendimentos, para se chegar a uma outra avaliação.

5.6 O sigilo profissional

O Código de Ética Médica (Lei 3269, de 30.9.57), em seu art. 34, estabelece: "O médico está obrigado, pela ética e pela lei, a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional".

O art. 154 do CP, comina pena de detenção de três meses a um ano, ou multa, a quem violar segredo profissional.

A violação do segredo médico ofende a um dos direitos da personalidade, o direito à intimidade.

Configurar-se-á o dever de indenizar quando, tendo havido um dano decorrente da revelação desse segredo, o profissional tiver agido em culpa, provocando-se o nexo de causalidade.

Na esfera civil, não se tem notícia de julgado apreciando esse aspecto da responsabilidade médica.

O assunto, entretanto, convida-nos à reflexão.

Significativa é a passagem do Juramento de HIPÓCRATES: "O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo".

O Prof. GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, em sua obra tantas vezes citada ao longo desta monografia, aponta os elementos indispensáveis à caracterização do delito de quebra de sigilo - que, por sua vez, conduziria à reparação: "1) existência de um segredo; 2) conhecê-lo em razão da função, ofício, ministério ou profissão; 3) possibilidade de dano a outrem; 4) ausência de justa causa; 5) dolo".

O crime é sempre punido com dolo. Se culposa a revelação - sobrevivendo dano - possível a indenização.

Dilucida o referido Autor que, quanto ao segredo profissional médico, existem três correntes doutrinárias:

"1. Escola Absolutista: aquela que impõe um sigilo absoluto, em todos os casos, em qualquer situação, mesmo que, à sombra desse sigilo, a inocência seja perseguida ou o crime protegido.

"PAUL BROUARDEL, que foi talvez o mais intransigente defensor dessa teoria, afirmava: "É um dever imperioso. Se um médico se encontra diante de um criminoso que venha a pedir seus cuidados, qualquer que seja sua emoção, sua indignação, deve lembrar que a legislação quer que o homem, por indigno que seja, possa receber cuidados com toda a segurança, ainda que o silêncio comprometa os interesses da Justiça. O médico não deve ver neste homem senão um enfermo e, por conseguinte, não pode converter-se em seu denunciante. A obrigação do segredo não é facultativa, é absoluta".

"FRANCISCO DE CASTRO, em discursos (Rio, 1902), proclamava: "Esse segredo ou há de ser formal e absoluto, ou, se não o for, não passará de um embuste grosseiro, de uma arlequiana indecorosa, de uma farsa infamante de um homem de bem".

"BALTAZARD, sobre o segredo, concluía que "seria desejável que a legislação fizesse distinção nítida entre a revelação do sigilo, feita no propósito de prejudicar os doentes, e o testemunho de justiça, cuja oportunidade seria deixada à consciência do médico. O doente poderia sempre desligar o médico de seu segredo; o médico, por seu turno, evitaria pronunciar-se de modo a prejudicar o cliente". GRENET afirmava: "Seria perigoso entrar no caminho das atenuações".

"Portanto, o segredo médico, defendido em termos absolutos, tem o mesmo conceito da confissão, que o Direito Canônico consagrou e prescreveu com o máximo rigor, nas palavras de Santo Agostinho: "O que sei por confissão, sei-o menos do que aquilo que nunca soube".

"Porém, o segredo absoluto seria uma solução prática e demasiadamente simplista para os interesses sociais, onde estão em jogo os direitos de uma comunidade. Os médicos, como profissionais, têm deveres e obrigações que os colocam acima das transigências individuais, pois sua ciência e sua arte assumem, dia-a-dia, um caráter público.

"Silenciar quando um inocente é condenado - quando o médico poderia estabelecer a verdade, é um contra-senso, um absurdo, uma cumplicidade.

"2. Escola Abolicionista: que tem como defensores intransigentes CHARLES VALENTINO e GEORGE JACOMET, onde o primeiro tem o segredo como farsa entre o doente e o médico, estranhando que a lei proteja o interesse de uma pessoa em prejuízo dos interesses da coletividade.

"Esta estranha e inconcebível corrente tem poucos adeptos.

"3. Escola Intermediária: que anda entre uma e outra doutrina, aceitando o sigilo médico relativo, fundamentando-se em razões jurídicas, éticas, morais e sociais.

"Se uma das finalidades da Justiça é estabelecer a verdade, o silêncio pode ser considerado cumplicidade e um obstáculo à ação da lei.

"O certo é que o segredo médico absoluto inexistiu em nossos dias. Os boletins médicos fornecidos à imprensa sobre diagnósticos e principalmente sobre as condições de pessoas de certa projeção, ou sobre cirurgias de publicidade exagerada, vêm transformando o segredo médico em letra morta, onde se deixa o paciente em plano secundário, procurando-se destacar uma técnica e uma habilidade como manobras heróicas e salvadoras de determinadas situações.

"O caráter de inviolabilidade e sacralidade surge, nos tempos atuais, como

contraditório em várias ocasiões do exercício profissional. Essa sacralização do segredo, essa assimilação da relação médico-paciente ao sacramento da confissão, essa situação do silêncio do médico como virtude transcendente, o fato de a violação do segredo ser tida ao nível de pecado, são coisas que não podem jamais ser admitidas, nem mesmo pelos teólogos católicos. O segredo é de ordem natural e racional; a confissão é de ordem sacramental e transcendente.

"No entanto, é sempre necessário repetir que a quebra do sigilo médico só pode acontecer em situações muito especiais do exercício da medicina, ou quando a lei diz que um interesse superior exige tal violação."

A seguir, são elencadas as situações nas quais o segredo desaparece, em face das exigências legais ou aos interesses coletivos: "1) quando se tratar de uma declaração de nascimento; 2) quando for para evitar um casamento, no caso de certas enfermidades que possam pôr em risco a saúde de um dos cônjuges ou da prole; 3) nos atestados de óbitos; 4) na declaração de doenças infecto-contagiosas; 5) quando se tratar de fato delituoso previsto em lei; 6) nas sevícias de menores, e quando se tratar de lesões ou enfermidades que exijam cuidados por parte da família e que envolvam terceiros; 7) nas perícias médico-legais; 8) nos abortos criminosos; 9) nas cobranças judiciais de honorários médicos; 10) nos registros de livros hospitalares."

Como já ficou assentado, não encontramos, na jurisprudência, nenhum aresto ferindo conseqüências patrimoniais - na esfera do dano moral - pela revelação de segredo médico.

Em matéria penal, entretanto, já assentou a Excelsa Corte que "é constrangimento ilegal exigir-se de clínicas ou hospitais a revelação de suas anotações sigilosas" (RTJ 24/466); "o sigilo médico, embora não tenha caráter absoluto, deve ser tratado com a maior delicadeza, só podendo ser quebrado em hipóteses muito especiais; tratando-se de investigação de crime, sua revelação deve ser feita em termos, ressalvando-se os interesses do cliente, pois o médico não pode se transformar em delator de seu paciente"(RTJ 101/676).

Síntese feliz é encontrada em aresto do TJSP: "O que a lei proíbe é a revelação ilegal, a que tenha por móvel a simples leviandade, a jactância, a maldade"(RT 515/317).

5.7 Ligeiras observações jurisprudenciais

a) TJPR: "Para que se configure a culpa aquiliana necessária se faz a presença do nexo causal entre o comportamento do agente e o dano, cuja relação estabelece vínculo de responsabilidade, que desaparece se a vítima é causa única do evento" (*in* Paraná Judiciário 1/94).

A vítima suicidou-se, atirando-se do 6º andar do Hospital Evangélico, de Londrina. Acionou-se o estabelecimento hospitalar, na busca de indenização, negada pelo julgador monocrático. Houve voto vencido, imputado ao hospital o dever de vigilância (*culpa in vigilando*). O paciente havia sido internado em decorrência de traumatismo craniano (golpes de machado). Atendido, a princípio, na Unidade de Terapia Intensiva, seu estado evoluiu satisfatoriamente - e o aresto admitiu que nada poderia fazer previsível sua atitude

extrema, afastando a obrigação de indenizar.

"É indubitavelmente negligente o médico que, após realizar uma episiotomia em parturiente, não dá a maior atenção às suas queixas posteriores, deixando de proceder a um exame mais detalhado, muito embora o quadro anormal, permitindo a formação de um abscesso de graves proporções, com perfuração do reto, que exigiu cirurgia de emergência, no dia imediatamente após a última consulta com o profissional, sem que qualquer providência mais atuante fosse tomada - Em casos tais, a responsabilidade médica reside em sua omissão, resultando conseqüências perfeitamente previsíveis, acarretando a obrigação do escúpio em reparar os prejuízos - Recurso desprovido" (*in* Paraná Judiciário 18/46).

O médico obstetra realizou uma episiotomia, , consiste no corte com tesoura de pontas rombas na borda lateral da vagina, para facilitar o nascimento. findo o parto, procedeu a uma episiorrafia, ou seja, à sutura da incisão. Posteriormente ao parto, a paciente queixou-se ao médico de dores intensas. Este lhe disse que aquelas reclamações eram "manha" da paciente. Ocorre que havia se formado um fístula retal, com inflamação e outras complicações. Um outro médico, em caráter de emergência, teve que submetê-la a nova cirurgia, para sanar o mal. Restou comprovada a negligência do réu.

"Ainda que admita a natureza contratual do serviço médico, não se pode presumir a culpa do profissional, por envolver obrigação de meio e não de resultado. Sem prova dessa culpa, improcede ação de indenização" (*in* Paraná Judiciário 19/179).

b) TJSP: "Responsabilidade civil - Cirurgia de varizes - Defeito físico em decorrência - Inexistência de culpa do médico operador - Ação de indenização improcedente - Apelação provida - Voto vencido. Improcede ação de indenização contra médico, com fundamento em defeito físico decorrente de operação, se não ficar demonstrada culpa do cirurgião" (*in* RT 545/73).

Referimo-nos a este aresto no decorrer deste trabalho. O voto vencido, do Des. JOÃO DEL NERO, mantendo a decisão do juízo singular, assentou que a lesão foi decorrente da cirurgia. Portanto, não obstante os reconhecidos méritos do cirurgião, sua negligência ou imperícia seccionou o nervo, causando o "pé caído".

"Indenização - Responsabilidade civil - Ato ilícito - Negligência médico-hospitalar - Inocorrência - Profissional que se utiliza de todos os meios adequados - Responsabilidade subjetiva deste que depende de prova de culpa - Contrato de meio e não de resultado - Ação improcedente - Recurso não provido" (*in* RJTJSP - Lex 112/201).

Trata-se de um caso de gestante, no 8º mês de gravidez, cuja bolsa se rompeu. Atendida no hospital réu, veio a falecer, por septicemia. A C. Câmara entendeu não ter havido culpa, quer do médico, quer do hospital.

"Indenização - Responsabilidade civil - Hospital - Ato de preposto - Ocorrência - Responsabilidade do preponente caracterizada em face do nexa causal - Verba devida - Recurso não provido..." (*in* RJTJSP - Lex 114/156).

O autor vítima foi internado em hospital para tratamento de pneumonia e acabou tendo o braço direito amputado em razão de erro na aplicação de injeção de "Penicilina Cristalina", pelo médico e uma atendente, prepostos do nosocômio. A sentença condenou o hospital a pagar ao autor indenização por lucros cessantes, apurável em liquidação, mais

despesas de tratamento, reabilitação e colocação de prótese, bem como a indenização pelos danos psicológicos estimados em um ano de rendimentos e mais uma pensão vitalícia a ser paga até os 65 anos de idade e daí em diante em 80%.

c) TJRS: "Responsabilidade civil - Médicos - A responsabilidade civil dos médicos somente decorre de culpa provada, constituindo especial particular de culpa - Ação improcedente - Sentença confirmada - Apelo improvido" (in RJTJRS 129/274).

"Embargos infringentes - Responsabilidade médica - Cirurgia plástica - Resultado ótimo não alcançado - Caráter aleatório de sua definição - Inexistência de infração ao art. 1545 do CC ou erro grosseiro - Embargos rejeitados" (in RJTJRS 121/144).

Neste caso, o paciente submeteu-se a uma rinoplastia, objetivando corrigir defeito congênito. Por insatisfeito com o resultado, submeteu-se a uma segunda cirurgia plástica. Por ainda não satisfeito, pretendeu fosse realizada uma terceira, com o que não concordou o cirurgião. Daí a ação indenizatória, por inadimplemento contratual, julgada improcedente em 1ª instância. Pelas fotografias, o Órgão julgador considerou o resultado bom, negando provimento ao recurso.

"Responsabilidade civil - Responsabilidade do anestesista, diante do evento morte, por ter-se ausentado, por duas vezes da sala cirúrgica e por ter alegado estar praticando anestésias em operações simultâneas - O ato puro da ausência breve da sala, por si só, conquanto possa retratar negligência no *lato sensu*, sem a relação de causa e efeito entre o ato comissivo e o resultado letal, não configura a responsabilidade civil, desde que esta não pode prescindir da etiologia entre o fato e o dano - Em palavras outras, a ausência no seu estado restrito não causaria a morte, se não sobreviesse, no interregno, causa outra influente capaz de deflagrar, por si só, o resultado, quando desatendida, por ali não se encontrar o anesthesiologista - Simultaneidade de realização de cirurgias não provada no alcance da prova - Modalidades outras de culpa bem respondidas pela sentença - Prova insuficiente, por sua qualificação e hierarquia, muito embora respaldada por rumores, indícios e aluviais inferências bem erigidas, mas inviáveis, para uma condenação e reconhecimento de responsabilidade - Honorários de peritos, devidos e bem fixados - Provimento denegado" (RJTJRS 128/361).

A filha dos autores, Grasiela, menor, fraturou o fêmur e foi submetida a intervenção cirúrgica para a redução da fratura. Após concluído ato cirúrgico, foi acometida de parada cardiorespiratória, entrou em coma profunda e veio a falecer. O anesthesiologista ausentou-se por duas vezes da sala de cirurgia. Pelos fundamentos sintetizados na ementa, entenderam os julgadores não ter havido relação de causalidade entre as alegadas ausências e a morte da paciente.

Este julgado demonstra claramente a severidade dos juizes na aferição da culpa, a que nos referimos na introdução desta monografia.

Os próprios médicos, de forma bastante clara, comparam a anestesia ao leite posto a ferver: basta um instante de desatenção e o líquido derrama. Não há dúvidas que, durante a cirurgia, é obrigação inarredável do anesthesiologista permanecer na sala, até terminar por completo o ato cirúrgico.

Pelo que se depreende do v. acórdão, os "rumores, indícios e aluviais inferências", em tema de responsabilidade civil médica, poder-se-iam resolver em favor dos autores.

d) TJRJ: "Responsabilidade civil de médico - Cirurgia reparadora mal-sucedida - Indenização. Responsabilidade civil - Médico - Cirurgia reparadora de mamas. Tanto faz tratar-se de obrigação de meio ou obrigação de resultado; se as mamas da paciente continuam precisando de reparos, é porque foram mal-reparadas. Daí, responder o cirurgião por perdas e danos, diante de sua responsabilidade contratual, embora limitada (art. 1056 do CC). (IOB 3/1445).

6. SUGESTÕES DE LEGE FERENDA

Os doutrinadores nacionais muito têm criticado a disciplina legal que regula a responsabilidade civil.

Como já ficou assentado, nosso Código Civil, no início do século, não atende à diversidade de riscos e situações verificáveis nos dias que correm, no tocante à reparação de danos.

ANTÔNIO CHAVES⁵⁰ elogia o Projeto do Código de Obrigações de 1965, que reunia, sob o título "Responsabilidade Civil", dois capítulos: o primeiro "Reparação do Dano Causado", subdividia-se em quatro seções; o segundo, "Liquidação das Obrigações", abrangia 10 artigos.

O Projeto de Código Civil ora em tramitação no Congresso Nacional, aos olhos do ilustre Professor paulista, parece pouco inovador.

Afigura-se-nos de boa técnica a inserção, nas disposições referentes à responsabilidade civil - de *lege ferenda* - de artigos contemplando especificamente a responsabilidade do profissional médico - ao contrário da redação conjunta do art. 1545 do CC atual.

Impende ressaltar, ainda, que há dois projetos de lei no Congresso Nacional, versando sobre o seguro de responsabilidade civil do médico.

O primeiro, de autoria do Sen. NÉLSON CARNEIRO, propõe um seguro obrigatório aos estabelecimentos onde sejam praticadas cirurgias com anestesia geral. A indenização seria limitada a 100 vezes o maior salário mínimo vigente no País, cobrindo morte ou invalidez permanente do paciente, em consequência de qualquer acidente ou defeito de aparelhagem.

Com essa proposição, o combativo parlamentar pretende afastar a discussão sobre a culpa, já que o erro seria debitável à máquina.

Críticas têm sido feitas a esse projeto. A principal delas observa que não se contempla, nele, os danos decorrentes do tratamento clínico ou de atos cirúrgicos com anestesia local.

De qualquer modo, trata-se de uma primeira iniciativa, e a discussão ainda carece de maior aprofundamento.⁵¹

Argumenta-se, mais, que ao redor de 80% dos atos cirúrgicos se realizam em clínicas e hospitais da Previdência Social. Assim, como se efetuará o pagamento da indenização?

Outro projeto, do Dep. NÉLSON DO CARMO, visa a acrescentar uma alínea no art. 20 do Dec.-lei 73, de 21.11.66 (que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados),

tornando obrigatório o seguro contra erros médicos e infecções hospitalares.

Na justificativa, elucida o parlamentar que pretende tornar mais rápido o pagamento da indenização, dada a morosidade da esfera judiciária.

Quem contrataria o seguro seria o próprio paciente - e apenas quem dispusesse de boa situação econômico-financeira poderia pagar um prêmio elevado, para obter uma boa cobertura.

Também as seguradoras, quando se tratasse de intervenção cirúrgica de alto risco ou sombrio prognóstico, recusar-se-iam a contratar tal seguro.

Ademais, para a definição do erro médico, indispensável seria o pronunciamento Judiciário.

O projeto, como se vê, na prática é inexecutável.⁵²

7. CONCLUSÕES

7.1. A apuração da culpa médica não deve se ater a um rigorismo absoluto de premissas científicas.

O juiz, na apreciação da prova, deverá considerar o dano, estabelecer o nexo causal e avaliar as circunstâncias do ato médico sem tergiversações.

Prova cabal, irrefutável, insuscetível de questionamento por peritos médicos, é de difícil obtenção, nessa matéria.

Por isso, sendo os indícios convincentes, há mister julgar-se procedente a pretensão indenizatória.

Nem se adotar a teoria do risco, a culpa objetiva, presumida, nem se exigir prova absolutamente inquestionável.

Sopesando-se as condições anteriores do paciente, a conduta médica e a consequência danosa, estabelecer-se-á a culpa.

O julgador deve, nestes casos, abandonar o excessivo formalismo probatório e se deixar guiar por maior percentual de senso comum.

Em síntese deverá - se for o caso - sobrepor-se aos laudos periciais, escoimando-os do ranço corporativista e decidir, até, contra eles.

7.2 Existem princípios elencados neste trabalho, de aplicação geral à análise da culpa médica, outros há que interferem no julgamento.

Em caso cirúrgico emergencial, sob condições diversas, p.ex., não se poderá exigir a diligência usual do cirurgião, que estará operando em situação anormal.

Reproduz-se tal situação em casos de grandes acidentes ou catástrofes, com elevados números de vítimas.

7.3 O médico pode ser imperito.

Conquanto legalmente habilitado ao exercício da profissão, no agir médico

poder-se-á identificar culpa *stricto sensu*, na modalidade de imperícia.

O diploma de Doutor em Medicina não representará prova definitiva e irrefragável de perícia eterna do esculápio.

Constatada a atecnia profissional, ainda que eventual, caracteriza-se a culpa, conducente ao dever de indenizar.

7.4 A liquidação do dano médico está a merecer maior aprofundamento na doutrina nacional.

A jurisprudência da liquidação do dano médico, noutros países, como a França, evoluiu consideravelmente.

Entre nós, notadamente as questões referentes ao dano moral, no erro médico, hão que ser sedimentadas.

Nossos Tribunais e Juízes ainda vacilam nesse debate, que se torna apriorístico.

Isto porque a natureza pessoal desses danos, variando de indivíduo a indivíduo, impõe análise percuciente, caso a caso, da extensão da indenização devida.

Essa dificuldade foi bem captada pelo advogado e Prof. VALMIR GRACIANO⁵³, que se valeu das palavras de NERUDA, definindo a poesia como "constituída de matéria dinâmica, corrente como as águas de uma cascata, mutável em face de cada situação".

De qualquer modo, a matéria exige maior detalhamento por parte de nossos doutrinadores e tribunais.

7.5 Os autores são unânimes na recomendação de um seguro de responsabilidade civil por dano a terceiro, que daria cobertura à atividade do profissional médico e garantiria a indenização do lesado. Urge sua adoção, no Brasil.

De um lado, estão as seguradoras, sequiosas por popularizar-se esse ramo de seguro, praticamente não utilizado, no Brasil.

Doutro, os médicos, resistindo às investidas e objetando que o custo dessa cobertura oneraria ainda mais o exercício da profissão.

Alheios ao debate, encontram-se as vítimas, que raras vezes buscam fazer prevalecer seu direito.

Não vislumbrados, porém, outra alternativa: médicos e hospitais deveriam firmar contratos de seguro de responsabilidade civil profissional, de modo a proporcionar aos pacientes indenização satisfatória e rápida, em caso de dano médico.

A objeção anteriormente vista, de que o Judiciário continuaria sendo chamado a intervir, para caracterizar o erro médico e evitar conluio entre paciente e médico, para lesar a seguradora, não colhe êxito: ainda assim o seguro constituiria medida assecuratória ao paciente, vítima da falha médica, de se ver ressarcido.

O pagamento do Prêmio, por óbvio, também contrariando o pensamento de alguns autores médicos, seria incumbência do profissional.

É isso que ocorre noutros países, nos quais a responsabilidade civil é efetiva, concreta.

7.6 Deve-se facilitar o acesso à Justiça aos lesados, para que se torne efetiva a responsabilidade civil do causador do dano médico.

A problemática crucial do acesso à Justiça se faz sentir a todo instante.

Aí estão os Juizados Especiais de Pequenas Causas, erigidos em alternativa para uma prestação jurisdicional pronta e eficaz.

Torna-se óbvio que os pleitos indenizatórios ora enfocados, pela sua própria natureza, não teriam nesses Juizados foro apropriado, dada a complexibilidade das questões que envolve.

A referência, entretanto, é feita no afã de se estabelecer o debate em torno da instituição de uma Curadoria (ou Defensoria) específica para o trato dessas questões, de modo a possibilitar à população carente pronta reparação.

Argumentam alguns médicos que, hoje, a quase totalidade dos pacientes recorre à Assistência Médica da Previdência Social. Assim, recebendo uma remuneração ínfima pelo atendimento, os profissionais da área, sobrevivendo culpa, sujeitam-se ao pagamento de uma indenização que muitas vezes compromete seriamente suas economias, em flagrante contraste com os poucos ganhos previdenciários.

A objeção é insustentável.

Primeiro, porque os médicos atendem pela previdência por assim o desejarem, o Estado não impõe coercitivamente essa vinculação; segundo, porque o zelo profissional deve ser rigorosamente o mesmo, quer se trate de um milionário ou de um mendigo; terceiro, porque à Justiça interessará a situação consumada e, de qualquer modo, a indenização se aterá à situação econômica da vítima - se pobre, proporcionalmente menor será a indenização.

O judiciário não pode quedar-se insensível diante desse estado de coisas.

7.7 O dever de sigilo imposto ao médico não é absoluto.

Em alguns casos, admite-se que o médico viole o dever de sigilo.

Assim, como no caso de comunicação de doença infecto-contagiosa, não estará o médico violando o direito à intimidade do paciente, nem tampouco transgredindo os preceitos éticos ou penais; atenderá ao interesse maior da coletividade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLOISE, WALTER. A Responsabilidade Civil e o Dano Médico, Rio de Janeiro, Forense, 1987.
BRIZ, JAIME SANTOS. La responsabilidad Civil, 3ª ed., Madri, Montecorvo, 1981.
CAHALI, YUSSEF SAID. Dano e Indenização, São Paulo, Ed. RT, 1980.
CAPITANT, HENRI. Vocabulário Jurídico, Buenos Aires, Depalma, 1977.
CARDOZO, BENJAMIN NATHAN. A Natureza do Processo e a Evolução do Direito, 3ª ed., Porto Alegre, Ajuris, 1978.
CASILLO, JOÃO. Dano à Pessoa e sua Indenização, 1ª ed., São Paulo, RT, 1987.
CHAMMARD E MONZEIN, GEORGES BOYER E PAUL. La Responsabilité Médicale, 1ª ed.,

- CHAVES, ANTÔNIO. Tratado de Direito Civil - Responsabilidade Civil, v. 3, São Paulo, Ed. RT, 1985.
- CHIRONI, G. P. La Colpa nel Diritto Civile Odierno, 2ª ed., Torino, Fratelli Bocca Ed., 1903.
- DE CUPIS, ADRIANO. Il Danno. Milan, Guiffirè, 1954.
- DIAS, JOSÉ DE AGUIAR. Da Responsabilidade Civil. 6ª ed., v. 1, Rio de Janeiro, Forense, 1979.
- FACIO, JORGE PEIRANO. Responsabilidade Extracontractual, 3ª ed., Bogotá, ed. Temis Libreria, 1981.
- FRANÇA, GENIVAL VELLOSO de. Direito Médico. 2ª ed., Fundo Editorial Byk-Prociencx, São Paulo, 1978.
- GONÇALVES, CARLOS ROBERTO. Responsabilidade Civil. 3ª ed., São Paulo, Saraiva, 1986.
- GRACIANO, VALMIR. Responsabilidade Civil dos Médicos. Paranaíba, Ed. do Autor, 1987.
- HOJDA, MATILDE J. Da Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos. In *Seleções Jurídicas - ADV 4(55)/39 e 40*.
- ITURRASPE, JORGE MOSSET. Responsabilidad Civil del Médico. Buenos Aires, Astrea, 1979.
- LIMA, ALVINO. Culpa e Risco. 1ª ed., São Paulo, Ed. RT, 1963.
- LOPES, JOÃO BATISTA. "Perspectivas atuais da responsabilidade civil no Direito brasileiro", In *RJTJSP-Lex 57/13*.
- MAGALHÃES, TERESA ANCONA LOPES. Responsabilidade Civil dos Médicos. In *Responsabilidade Civil - Doutrina e Jurisprudência*, São Paulo, Saraiva, 1984.
- MAZEAUD, HENRY e LEÓN E TUNC, ANDRÉ. *Traité Théorique et Pratique de la Responsabilité Civile Délictuelle et Contractuelle*. 5ª ed., t. II, Paris, Montchrestien, 1958.
- MENDONÇA, LUIZ. "Erro médico". In *Jornal do Commercio* (ap. Bol. Inf. IRB, 11.7.83)
- MONTENEGRO, ANTÔNIO LINDBERGH C. Do Ressarcimento de Danos. Rio de Janeiro, Âmbito Cultural Ed. 1984.
- OLIVEIRA, SÉRGIO RODRIGUES DE e PEIXOTO, IRANYR MARSICANO. "Da viabilidade de um seguro para cobertura de erro médico e infecção hospitalar". *Cadernos de Seguros*, Rio de Janeiro, FUNENSEG, ano III, n. 18.
- PANASCO, WANDERBY LACERDA. A Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos. 2ª ed., Rio de Janeiro, Forense, 1984.
- RODRIGUES, SÍLVIO. Direito Civil - Responsabilidade Civil. 9ª ed., v. 4, São Paulo, Saraiva, 1985.
- SAVATIER RENÉ. *Traité de La Responsabilité Civile em Droit Français*. 2ª ed., Paris, Librairie Générale, 1951.
- TORLONI, HILÁRIO. *Estudo de Problemas Brasileiros*. 15ª ed., São Paulo, Pioneira, 1987.

NOTAS:

- 1 - HILÁRIO TORLONI, *Estudo de Problemas Brasileiros*, p. 212.
- 2 - *Jornal Gazeta do Povo*, Curitiba-PR, 01.07.89.
- 3 - WALTER BLOISE, *A Responsabilidade Civil e o Dano Médico*, p. 5.
- 4 - GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, *Direito Médico*, pp. 109 e ss.
- 5 - GENIVAL VELOSO DE FRANÇA, ob. cit., pp. 114 e 115; *aptud Nério Rojas*, *Medicina Legal*, 7ª ed., Buenos Aires, 1961.
- 6 - Instituto de Resseguros do Brasil, *Revista do IRB 214/13*, ano 37, outubro-dezembro/77.
- 7 - SÉRGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA e IRANYR MARSICANO PEIXOTO, "Da viabilidade de um seguro para cobertura de erro médico e infecção hospitalar", *Cadernos de Seguros 18/14*, setembro-outubro/84.

- 8 - *In* RT 545/73.
- 9 - TERESA ANCONA LOPEZ MAGALHÃES, *Responsabilidade Civil dos Médicos*, *in* YUSSEF SAID CAHALI, *et alii*, *Responsabilidade Civil - Doutrina e Jurisprudência*, pp. 309-331.
- 10 - BENJAMIN NATHAN CARDOZO, *A natureza do Processo e a Evolução do Direito*, pp. 134 e 135.
- 11 - GEORGES BOYER CHAMMARD e PAUL MONZEIN, *La Responsabilité Médicate*, p. 70.
- 12 - *Apud* GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, *ob. cit.*, p.114.
- 13 - SÍLVIO RODRIGUES, *Direito Civil - Responsabilidade Civil*, v. 4/5 e ss.
- 14 - CARLOS ROBERTO GONÇALVES, *Responsabilidade Civil*, pp. 20 e ss.
- 15 - ANTÔNIO LINDBERGH C. MONTENEGRO, *Do Ressarcimento de Danos*, p. 28.
- 16 - JAIME SANTOS BRIZ, *La Responsabilidad Civil*, p. 40.
- 17 - CARLOS ROBERTO GONÇALVES, *ob. cit.*, p. 25.
- 18 - SÍLVIO RODRIGUES, *ob. cit.*, p. 16.
- 19 - ADRIANO DE CUPIS, *Il Danno*, pp. 5 e 6.
- 20 - CARLOS ROBERTO GONÇALVES, *ob. cit.*, p. 25.
- 21 - HENRI CAPITANT, *Vocabulário Jurídico*, p. 495.
- 22 - ALVINO LIMA, *Culpa e Risco*, pp. 29 e 30.
- 23 - JOÃO BATISTA LOPES, "Perspectivas atuais da responsabilidade civil no Direito brasileiro", *in* RJTJSP-Lex 57/13-15.
- 24 - GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, *ob. cit.*, pp. 8 e ss.
- 25 - ALVINO LIMA, *ob. cit.*, pp. 20 e ss.
- 26 - WANDERBY LACERDA PANASCO, *A Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos*, pp. 36 e ss.
- 27 - *Idem*, p.37.
- 28 - JORGE MOSSET ITURRASPE, *Responsabilidad Civil del Médico*, pp. 65 e ss.
- 29 - RJTJSP-Lex 57/13-25.
- 30 - MATILDE J. HOJDA, "Da Responsabilidade civil e penal dos médicos", *in* *Seleções Jurídicas-ADV 4(55)/39 e 40*.
- 31 - ALVINO LIMA, *ob. cit.*, pp. 29 e ss.
- 32 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, *ob. cit.*, p. 9.
- 33 - TERESA ANCONA LOPES MAGALHÃES, *ob. cit.*, pp 309-331.
- 34 - MATILDE J. HOJDA, *loc. cit.*, p. 40.
- 35 - *Idem*
- 36 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, *ob. cit.*, pp. 281 e 282.
- 37 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, *ob. cit.*, p. 283.
- 38 - GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, *ob. cit.*, p. 112.
- 39 - GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA, *ob. cit.*, p. 126.
- 40 - RENÉ SAVATIER, *Traité de La Responsabilité Civile en Droit Français*, p.398.
- 41 - VELLOSO DE FRANÇA, *ob. cit.*, p. 137.
- 42 - JOSÉ DE AGUIAR DIAS, *Da Responsabilidade Civil*, v. 1/299.
- 43 - HENRY e LEÓN MAZEAUD e ANDRÉ TUNC, *Traité Théorique et Pratique de la Responsabilité Civile Delictuelle et Contractuelle*, t. II.
- 44 - TERESA ANCONA LOPES MAGALHÃES, *ob. e loc. cits.*
- 45 - WANDERBY LACERDA PANASCO, *ob. cit.*, p. 97.
- 46 - G. P. CHIRONI, *La Colpa nel Diritto Civile Odierno*, pp. 120-122.
- 47 - YUSSEF SAID CAHALI, *Dano e Indenização*, p. 124.
- 48 - JORGE PEIRANO FACIO, *Responsabilidade Extracontractual*, pp. 348 e 349.
- 49 - JOÃO CASILLO, *Dano à Pessoa e sua Indenização*, p. 95.
- 50 - ANTÔNIO CHAVES, *Tratado de Direito Civil - Responsabilidade Civil*, v. 3/57-64.
- 51 - LUIZ MENDONÇA, "Erro Médico", *in* *Jornal do Commercio (Ap. Bol. Inf. IRB, 11.07.83)*, p. 1.
- 52 - SÉRGIO RODRIGUES DE OLIVEIRA e IRANYR MARSICANO PEIXOTO, *loc. cit.*, p. 14.
- 53 - VALMIR GRACIANO, *Responsabilidade Civil dos Médicos*, Paranavaí, ed. do Autor, 1987.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 027/86

DENUNCIANTE - CRM/PR

DENUNCIADO - DR. J.O.S.

RELATOR - DR. SANITO WILHEM ROCHA

REVISOR - DR. JOSÉ ANTONIO MAINGUÉ

ACÓRDÃO - 004/88

EMENTA - AGRESSÃO A COLEGA - AMBIENTE HOSPITALAR - EXERCÍCIO DA MEDICINA - INFRAÇÃO AO ARTIGO 19 "CAPUT" DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - DENÚNCIA PROCEDENTE.

Se o médico, em ambiente hospitalar e no exercício da medicina, agride fisicamente a colega, consubstancia-se a infração ao artigo 19 "caput" do Código de Ética Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 027/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Paraná e denunciado o Dr. J.O.S.

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por maioria, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **acolher** a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 19 "caput" do Código de Ética Médica, lhe aplicando a pena prevista na letra "a", do artigo 22, da Lei 3268/57, ou seja, "**Advertência Confidencial em Aviso reservado**", conforme ata nº381, de 25 de abril de 1988.

Curitiba, 25 de abril de 1988.

SANITO WILHELM ROCHA
Cons. Relator

LUIZ CARLOS SOBANIA
Cons. Presidente

EM DEFESA DE AIDÉTICO

Portaria Interministerial nº 796, de 29 de maio de 1992

Os ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV da Constituição Federal, e

Considerando o dever de proteger a dignidade e os direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV);

Considerando que têm ocorrido injustificadas restrições a esses direitos no País;

Considerando que não foi documentado nenhum caso de transmissão mediante contatos casuais entre pessoas em ambiente familiar, social, de trabalho, escolar ou qualquer outro;

Considerando que a educação é direito constitucionalmente definido e que o ensino fundamental é obrigatório na forma do Título VIII, Capítulo III, Seção I da Constituição Federal;

Considerando que a ampla informação sobre a infecção pelo HIV é estratégia para eliminar o preconceito contra portadores e doentes e essa medida é essencial para o controle da infecção;

Considerando que a limitação ou violação de direitos constitucionais à saúde à educação e ao trabalho de pessoas infectadas pelo HIV não se justificam;

Resolvem:

art. 1º Recomendar a observância das seguintes normas de procedimentos:

I - A realização de teste sorológico compulsório, prévio na admissão ou matrícula e de sua frequência nas redes públicas e privada do ensino de todos os níveis, são injustificadas e não devem ser exigidas.

II - Da mesma forma não devem ser exigidos testes sorológicos prévios à contratação e manutenção do emprego de professores e funcionários, por parte de estabelecimentos de ensino.

III - Os indivíduos sorologicamente positivos, sejam alunos, professores ou funcionários, não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção, à funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar.

IV - A divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de AIDS de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar, entre alunos, professores ou funcionários, não deve ser feita.

V - Não deve ser permitida a existência de classes especiais ou de escolas específicas para infectados pelo HIV.

Art. 2º Recomendar a implantação, onde não exista, e a manutenção e ampliação, onde já se executa, de projeto educativo, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da

infecção pelo HIV e AIDS, dirigido a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis, na forma do anexo.

§ 1º - O projeto educativo de que trata o caput deste artigo deverá ser desenvolvido em todos os estabelecimentos de ensino do País, em todos os níveis, com participação e apoio dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde.

§ 2º - Os conteúdos programáticos do projeto educativo deverão estar em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde.

§ 3º - Os resultados do projeto educativo serão avaliados pela Coordenação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e seus relatórios encaminhados periodicamente aos Ministros da Educação e da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Rosemberg
Ministro de Educação

Adib Jatene
Ministro de Saúde

DECÁLOGO DO ANESTESIOLOGISTA

GENIVAL VELLOSO DE FRANÇA

- 1º - O risco da anestesia não pode ser maior do que o risco da operação.
- 2º - No ato ilícito praticado pelo cirurgião, o anesthesiologista é co-autor da mesma infração.
- 3º - A anestesia não deve ser praticada sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal.
- 4º - O anesthesiologista deve conhecer antecipadamente o plano cirúrgico para planificar seu ato.
- 5º - A anestesia não é apenas durante, mas antes e depois do que ela se propõe.
- 6º - A simultaneidade de anestésias implica em infração.
- 7º - Em princípio, uma anestesia visa o conforto e a segurança do paciente, depois, do cirurgião e do anesthesiologista.
- 8º - A escolha da anestesia é uma questão clínica.
- 9º - A inexistência do dano não afasta uma infração.
- 10º - O paciente tem o direito de recusar um tipo de anestesia.



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 009/86

DENUNCIANTE - CRM/PR

DENUNCIADO - DR. HIGASHI YOSHII

RELATOR - DR. CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA BOER

REVISOR - DR. SALIM ACRAS

ACÓRDÃO - 020/87

EMENTA - MÉDICO AUSENTE DO HOSPITAL - PLANTÃO EM OUTRO NOSOCÔMIO - NÃO CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 11 DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA - ABSOLVIÇÃO DO DENUNCIADO.

Se o denunciado, na ocasião não se encontrava no Hospital e se na oportunidade, outro era o Hospital que se encontrava de plantão para atendimento de beneficiários do FUNRURAL, para onde inclusive, o paciente foi encaminhado, inexistente por parte do denunciado a obrigação de atendimento, não se caracterizando portanto infração ao artigo 11 do Código Brasileiro de Deontologia Médica.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional sob nº 009/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. Higashi Yoshii,

ACORDAM

Os membros do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher** a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 11 do Código Brasileiro de Deontologia Médica, conforme ata nº 368, de 14 de dezembro de 1987.

Curitiba, 15 de dezembro de 1987.

CARLOS ALBERTO DE ALMEIDA BOER
Cons. Relator

LUIZ CARLOS SOBANIA
Cons. Presidente

DOIS MÉDICOS DO ANO

“A saúde é a habilidade de realizar certos desempenhos sociais valorizados.”

(Talcott Parsons)

JOSÉ KNOPLICH*

No final de 1991, dois médicos foram indicados para homenagens pelo novo enfoque que deram ao atendimento médico. O prêmio de empreendedor do ano da Suíça foi dado ao dr. G. Segmuller, de 65 anos, famoso cirurgião de mão de Zurique. Ele abriu uma clínica onde realiza, desde 1987, atendimento ambulatorial de acidentes de mão e outras cirurgias de alto nível, com uma característica importante: os custos são de 30% a 50% mais baratos do que o próprio sistema médico estatizado pagava à mesma equipe. O prêmio foi dado porque mesmo cobrando menos a clínica privada era toda informatizada, não havia excesso de exames desperdiçados e, com bom relacionamento médico-paciente, conseguia alto índice de satisfação do usuário. Outras especialidades seguiram o exemplo e agora há uma ploriferação de clínicas privadas dentro do sistema estatizado de atendimento médico suíço que evitam internar pacientes nos hospitais da rede pública.

Mais importante que a discussão de privatizar ou não a saúde, discute-se no mundo todo o papel dos hospitais no atendimento e no ensino médico. Os hospitais tem uma parte hoteleira (comida, limpeza, lavanderia, etc) que é muito cara, de difícil controle e que indiretamente influi no atendimento médico, onerando-o muito.

O exemplo da equipe de Zurique mostrou que a iniciativa privada pode, dentro de um sistema estatizado de saúde, com preços tabelados, reduzir os gastos cirúrgicos e ambulatoriais, aumentando a eficiência. Esse sistema de atendimento existe há muito tempo em várias especialidades, em muitas cidades brasileiras, que não trabalham para o SUS, só atendem clientes particulares, com eficiência.

A revista Hebdo (28/11/91) conta que em Genebra uma equipe fundou o SOS Médicos, cuja especialidade é o atendimento do serviço de emergência em casa. Mais de 50% da população que procura os serviços de emergência não precisa mais do que uma simples receita e um bom conselho médico. Esse SOS Médicos diminuiu drasticamente as internações hospitalares, trazendo economia de gastos para a municipalidade. No Brasil, os prontos-socorros particulares desapareceram, salvo os ligados aos hospitais que têm na emergência apreciável fonte de internações. No sistema médico da Previdência não existe atendimento domiciliar e nos hospitais onde existe é pouco eficiente.

Outro médico homenageado foi o dr. Charles Fletcher, professor de Medicina que, em 1949, iniciou um programa - **Your life their hand** - na BBC de Londres (televisão), de esclarecimento sobre temas médicos à população, que continua até hoje. No lançamento do programa, 60% dos médicos e associação médica eram totalmente contra a idéia. Somente em

* José Knoplich, reumatologista, é diretor científico da Associação Paulista de Medicina.

1972 foi reconhecida a grande importância da educação em saúde, para que o próprio paciente assuma a direção de seu tratamento sem paternalismo, melhorando seu relacionamento com o médico do sistema de saúde. Fletcher aposentou-se em 1991, aos 80 anos, com grandes homenagens e desculpas públicas da Associação Médica Britânica. No Brasil, não há na mídia essa preocupação. Nos EUA, 232 programas de tevê sobre temas médicos para leigos estão em atividade.

Na melhoria do atendimento, no aproveitamento adequado dos poucos recursos, no esclarecimento educativo da população está a solução do problema de saúde.

Transcrito de "O Estado de São Paulo" 05/92

Uma prótese peniana gera ação judicial

RECIFE (AE) - O urologista Vital Maria Cavalcanti Rodrigues entrou anteontem com uma ação cautelar de busca e apreensão de uma prótese peniana realizada em José de Queiroz Lima em 27 de outubro de 1988. Segundo o advogado do médico, José Augusto Lins e Silva, a prótese foi realizada quando José de Queiroz Lima se submeteu a uma cirurgia de varicocele bilateral. Ficou combinado que a cirurgia seria paga através de convênio com a Golden Cross e a implantação da prótese, modelo Silver Johnnis de 19 centímetros de comprimento por 9,5 milímetros de diâmetro, seria paga por fora.

Sem receber o pagamento da prótese (908 cruzados novos na época), o urologista decidiu cobrar a dívida em cartório através de uma letra de câmbio. José de Queiroz Lima entrou com uma ação judicial e conseguiu não somente sustar a letra como condenar o médico, em janeiro deste ano, a pagar em dobro o que lhe estava sendo cobrado. Isto porque, de acordo com o advogado, Vital Rodrigues preferiu não se defender durante o processo para não expor seu cliente, que por sua vez omitiu a implantação da prótese. José de Queiroz Lima teria argumentado que nada devia ao médico porque tudo havia sido quitado pela Golden Cross.

Inconformado e ultrajado por ter de lhe pagar por algo que lhe era devido, o urologista resolveu propor a ação cautelar, único instrumento jurídico, segundo o advogado, que pode provar a existência da prótese. Para se detectar o implante bastaria um exame radiológico que revelaria duas hastes de metal que dão sustentação à prótese. O advogado do urologista afirma que, mesmo que José de Queiroz Lima retirasse a prótese, a cicatriz no local comprovaria a sua realização. Sei que isto será propaganda negativa para mim por expor um cliente, mas não admito ser réu nesta história, afirmou o médico, que tem 28 anos de profissão e consultório no bairro da Boa Vista, no Recife.

O intento da ação não é ter a prótese de volta, mas mostrar que ela existe. É uma questão moral, pois o paciente manchou a honra do médico, acrescenta o advogado. José de Queiroz Lima é professor, dono do Colégio São José, no bairro de Piedade, município metropolitano de Jaboatão dos Guararapes. A ação será julgada pelo juiz da 6ª Vara Cível da capital, Bartolomeu Bueno de Moraes.

Transcrito da "Gazeta do Povo".



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 013/87

DENUNCIANTE - DR. JOSÉ ROBERTO JACOMÉL

DENUNCIADO - DR. P.S.F.

RELATOR - DR. GERSON ZAFALON MARTINS

REVISOR - DR. JAIME RICARDO PACIORNIK

ACÓRDÃO - 003/89

EMENTA - PRESIDENTE DA CIMS - SOLICITAÇÃO DO AUMENTO DE TETO DE CONSULTA - DESFAVORÁVEL A IGUAL PEDIDO DE COLEGA - CONCORRÊNCIA DESLEAL - INFRAÇÃO AO ARTIGO 80 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - DENÚNCIA PROCEDENTE.

Se o denunciado, como Presidente da CIMS, solicitou aumento de seu teto de consulta do INAMPS, ao mesmo tempo em que foi desfavorável a igual pedido do denunciante, infringiu o artigo 80 do Código de Ética Médica, posto que, praticou concorrência desleal.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de Processo Ético-Profissional nº 013/87, em que é denunciante o Dr. José Roberto Jacomél, e denunciado o Dr. P.S.F.,

ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em acolher a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 80 do Código de Ética Médica, lhe aplicando a pena prevista na letra "a", do artigo 22, da Lei 3268/57, ou seja, "**ADVERTÊNCIA CONFIDENCIAL EM AVISO RESERVADO**", conforme ata nº 444, de 29 de maio de 1989.

Curitiba, 30 de maio de 1989.

GERSON ZAFALON MARTINS
Cons. Relator

FARID SABBAG
Cons. Presidente

PROTEÇÃO CIVIL DO NASCITURO E NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS

SILMARA J. A. CHINELATO E ALMEIDA*

O tema nascituro é pouco tratado no Brasil, ao contrário do que ocorre em outros países. É revelante e atual, tendo em vista as novas técnicas médicas de reprodução humana assistida (ou fertilização assistida) a que a **Folha de S. Paulo** se referiu em reportagens de 15 de março e de 17 de maio (Cotidiano, pág. 4-4).

Nascituro é a pessoa a nascer, já concebida no ventre materno. Três correntes doutrinárias principais se referem à condição jurídica do nascituro, ou seja, se ele tem ou não personalidade jurídica. A corrente natalista afirma que a paternidade começa a partir do nascimento com vida. A da personalidade condicional - que era a do projeto de Código Civil vigente - sustenta que a personalidade começa a partir da concepção, com a condição de nascer com vida. A corrente concepcionista afirma que a personalidade começa a partir da concepção. Esta é, segundo sustentamos em nossa tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, em 1983, a tese do Código Civil. O artigo 4º estatui que a personalidade começa a partir do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro. E, efetivamente, o Código Civil atribui expressamente direitos do nascituro - e não expectativas de direitos - que independem do nascimento com vida como, por exemplo, o de ser adotado, de ter curador, de ser reconhecido como filho, ainda no ventre materno. O "status" de filho é-lhe expressamente conferido pelo Código Civil (art. 458) ao estabelecer que a autoridade do curador estende-se à pessoa e bens dos filhos nascidos e nascituros.

Segundo sustentamos, os direitos não são taxativos, gozando o nascituro de todos os que forem compatíveis com sua condição de pessoa por nascer, como os direitos à personalidade —direito à vida, à saúde, à imagem—, uma vez que artigo 4º do Código Civil menciona genericamente "direitos", não empregando palavras restritivas. Além desses, o nascituro tem o direito a alimentos, que já era consagrado pelo Direito Romano e não depende do nascimento com vida, mas, antes, a ele visa.

Juristas de grande relevância reconhecem o direito a alimentos do nascituro, como Pontes de Miranda e Clóvis Beviláqua, a despeito de não haver norma expressa nesse sentido, o que confirma a tese de que os direitos do nascituro não são taxativos e não dependem do nascimento com vida. Apenas os direitos patrimoniais materiais, como a adoção e a herança, dele dependem para aperfeiçoar-se, mas desde a concepção

* Doutora em direito. Professora de direito civil e direito autoral, da Faculdade de Direito da USP; Procuradora do Estado.

comprovada pela gravidez — o representante legal do nascituro pode entrar na posse dos bens doados ou herdados (artigos 877 e 878 do Código de Processo Civil).

Os países que já se preocuparam em propor normas para as novas conquistas científicas, abrangendo as novas técnicas de reprodução humana e engenharia genética, recomendam aos países-membros, bem como aos demais, que proibam experiência que visem criar seres humanos em laboratório, o que representa louvável preocupação. Neste sentido, há a recomendação nº1046, de 24/09/86 do Parlamento Europeu. Tratando-se de fecundação "in vitro", que se realiza em laboratório, há necessidade de implantação do pré-embrião no ventre materno, para que ele se desenvolva, a menos que se o congele.

A viabilidade de desenvolvimento depende, pois, da implantação no útero materno, onde se dará a nidação. Consideramos, pois, atual o conceito de nascituro, como o da pessoa a nascer, já concebida no ventre materno, pessoa dotada de personalidade jurídica, desde então. Há necessidade, no entanto, que a legislação futura proteja expressamente o pré-embrião, enquanto ainda não implantado no ventre materno, como pessoa "in fieri", já dotado de carga genética própria.

Tendo em vista as novas técnicas médicas de reprodução humana assistida, cuja finalidade louvável é atender os problemas de infertilidade, o direito civil moderno deve repensar a tradicional classificação de filho nascido, filho nascituro e prole eventual (prole futura, que vai ser concebida), acrescentando a nova categoria de pré-nascituros, correspondentes aos pré-embriões.

Transcrito da "Folha de São Paulo" de 24/12/92

Implantes de pênis falham e causam dor

BATON ROUGE, LOUISIANA (UPI) - O casal Harold e Rose Marie Ballow entrou com uma ação na Justiça exigindo uma indenização de 1,6 milhão de dólares das empresas Surgitek e Medical Engineering, acusadas de fabricar implantes de pênis defeituosos.

Segundo o casal, os fabricantes do pênis inflável sabiam que ele era perigoso. Harold se queixa que teve dores, problemas emocionais e grandes despesas médicas porque o implante falhou e teve que ser retirado após 30 meses. Sua mulher também se queixa de sua perda com o insucesso do implante.

A ação movida pelo casal alega que os implantes se rompem e vazam fluido, colocando em perigo o sistema imunológico de seus portadores, e que as empresas não corrigiram os defeitos nem avisaram os médicos e possíveis usuários dos riscos potenciais.

A ação também exortou o tribunal a transformar o caso em ação popular porque mais de 500 homens que implantaram o flexi-flate já pediram sua remoção cirúrgica e total e o total de queixosos pode passar de 1000.

Transcrito da "Gazeta do Povo".

Pagamento de Honorários à Peritos

Parecer CFM nº 2330/90

Consulta-nos o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre minuta de Resolução daquele regional dispondo sobre o pagamento de honorários de peritos que atuarem em processos éticos tramitantes naquele Conselho.

Analisemos cada ponto da proposta, nos seus itens conclusivos:

“1. Determinar que o pagamento de despesas decorrentes de perícia em Processo Disciplinares seja atribuída à parte, Denunciante ou Denunciada, que requer sua realização.”

Neste caso, trata-se de acostar aos autos materiais de interesse de uma das partes, a quem caberá produzi-las, arcando com seus custos, cabendo aos conselhos acolhe-las, desde que tempestivas. Nada a reparar neste item.

“2. Quando a perícia for requerida pela Comissão de Instrução, o CREMESP arcará com as despesas. Contudo, havendo a condenação do(s) denunciado(s) este(s) reembolsará a importância corrigida a esta Autarquia.”

Aqui, não podemos concordar com o pretendido pelo Egrégio Conselho Regional de Medicina de São Paulo, por entendermos que, sendo a peritagem originada de necessidade da própria Comissão de Instrução, entendida como necessária à plena apuração dos fatos, seu ônus pertence ao CREMESP, a quem, por lei, compete a referida apuração. Inaceitável pois transferir seus custos às partes, qualquer que seja a decisão do Processo em tela.

“3. Quando alegada e constatada a carência de uma das parte, o CREMESP arcará com todos os honorários dos peritos.”

Modificaríamos para "... a carência da parte solicitante" e acrescentaríamos: "desde que justificada a perícia pretendida, assim entendido pela Comissão de Instrução."

Dessa forma, somos, no mérito, pela recomendação ao CREMESP de rever os termos da pretendida Resolução.

É o parecer.

Brasília, 20 de abril de 1992.

NEI MOREIRA DA SILVA
Cons. Relator

PODE UM PACIENTE UTILIZAR-SE DE MAIS DE UM CONVÊNIO?

O Diretor Clínico da Associação de Amparo à Maternidade e à Infância de Mato Grosso do Sul solicita do Conselho Regional local esclarecimento sobre a **possibilidade da utilização de mais de um convênio pelos pacientes**, considerando que:

- a) alguns deles apresentam mais de um convênio;
- b) alguns colegas questionam sobre a possibilidade da múltipla cobrança.

Em seguida, o CRM-MS remeteu a consulta ao egrégio Conselho Federal de Medicina para que este se pronuncie sobre a matéria.

Após despacho exarado pelo Secretário Geral, Cons. Hercules Sidnei Pires Liberal, o processo foi encaminhado à Assessoria Jurídica que emitiu parecer cujo teor reproduz na íntegra:

"As ações médicas por convênios guardam uma relação clara: para um dado problema ou conjunto de problemas há uma resposta ou conjunto de respostas médicas caracterizadas por sua indivisibilidade, tanto do problema tratado quanto da interferência profissional.

Não se pode fragmentar os problemas e as intervenções, sob pena de entrarmos em descontrole perante as próprias cláusulas dos convênios. Além do mais, emergem altos riscos de deturpações e deformações que colidiriam com a limpidez ética.

Logo, acredito não ser viável o rateio em vários convênios de ações médicas relativas a um paciente e que tenha o mesmo fato gerador."

Isto posto, é oportuno mencionar as relações contratuais existentes nos convênios, formalmente tripartites envolvendo o COMITENTE (Convênio), o CONVENIADO (Beneficiário) e o PREPOSTO (médico, Clínica e Hospital). Mencionamos ainda o Seguro-Saúde, cujo sistema de pagamento é realizado mediante reembolso das despesas pelo COMITENTE ao CONVENIADO, ficando este com o livre arbítrio de escolher o profissional ou a instituição que lhes prestará assistência médica. Seja qual for a modalidade de Convênio ou de Seguro-Saúde exibida pelo paciente ao médico, o

ressarcimento das despesas e pagamento dos honorários profissionais deverão se fazer exclusivamente por única fonte pagadora.

Muito embora o CFM não preceitue textualmente que é vedado ao médico receber por mais de uma fonte pelo mesmo ato executado, insisto, não deverá fazê-lo.

O médico ao ser credenciado como pessoa física, ou através da instituição para a qual presta serviço, submete-se às normas contratuais que, com certeza, seriam violadas caso o profissional optasse pela múltipla cobrança.

Recomenda-se, nessa circunstância, isto é, ao se atender um paciente detentor de mais de um convênio, que se deva escolher, em acordo com o paciente, aquele convênio que melhor remunere o ato praticado. Desta forma, agindo com prudência e moderação, o médico evitará deslizos contratuais e renunciará à prática mercantilista indesejável.

Finalmente, estimula-se o médico lutar, sempre, junto ao seu Sindicato, por uma remuneração justa do seu trabalho, a fim de renegar o recebimento de complementações de honorários por uma segunda fonte pagadora.

Este é o meu parecer s.m.j.

Brasília, 12 de março de 1992.

SERGIO IBIAPINA FERREIRA COSTA
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/06/92

Atenção colecionadores dos "Arquivos"

Modificação de numeração

O editor de "Arquivos do CRM do Paraná" comunica que está atualizando sua numeração atrasada involuntariamente desde o plano cruzado.

Este número da revista está recebendo numeração 35 (vol 9-1992) e está sendo confeccionado em dezembro de 1992.

INSCRIÇÕES PROVISÓRIAS

Parecer CFM.

Em 14 de novembro passado o Conselho Federal de Medicina dirigiu-se, através do Ofício Circular 182/91, aos seus Regionais solicitando que os mesmos informassem, com urgência, se procediam inscrições provisórias de médicos, indicando o embasamento legal e a forma adotada. Constatam do presente processo as respostas dos Conselhos de Minas Gerais (contrária) e de São Paulo, Rio de Janeiro e Mato Grosso (favoráveis).

Tal modalidade de inscrição é defendida e praticada por estes Conselhos, no caso dos recém-formados que acorrem em busca de inscrição tão logo se formam, sem ainda terem recebido os seus diplomas, portando, apenas, uma certidão de conclusão de curso fornecida pela Faculdade de origem. Ora, a Lei 3268/57 e o Decreto 44.045/58 estipulam a forma pela qual se fará a inscrição do médico nos respectivos Conselhos, exigindo-se, para tal, conforme claramente dispõem os textos citados, a apresentação do diploma. Assim, estas inscrições provisórias carecem de embasamento legal, além de gerarem dificuldades de ordem administrativa aos Conselhos, causadas, principalmente, pela inobservância dos assim inscritos em, posteriormente, retornarem aos órgãos para apresentação do diploma e regularização definitiva. Tais inscrições provisórias representam, portanto, uma forma pela qual os conselhos procuram não frustrar o desejo dos recém-graduados em se habilitarem, o mais rápido possível, ao exercício da profissão, desejo esse que, frequentemente, esbarra em inexplicável morosidade por parte das escolas médicas em expedirem o competente diploma. Em recente reunião do Conselho Federal de Medicina esta questão foi exaustivamente discutida, culminando com a recomendação à todos os Conselhos de fiel observância as normas legais, por ter entendido esta Casa que não cabe aos Conselhos de Medicina transgredirem a Lei para solucionar problemas cuja origem não é de sua responsabilidade.

Assim sendo, é meu parecer que tal modalidade de inscrição de médicos, ainda que prenhe de boas intenções, não tem embasamento legal e deve ser suspensa. Tal suspensão, porém, há de ser precedida por entendimentos do Conselho Federal de Medicina com o Ministério de Educação, a fim de que as Escolas Médicas e os seus alunos sejam cientificados dessa decisão e, principalmente, sejam esclarecidas e sanadas as causas da demora na expedição dos Diplomas, totalmente injustificável a nosso ver.

É nosso parecer, s.m.j.

Brasília-DF, 22 de abril de 1992.

NEI MOREIRA DA SILVA
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/06/92

PARA LEMBRAR-ME

Robert Test

"O dia virá em que meu corpo jazerá imóvel sobre um lençol branco dobrado debaixo dos quatro cantos do colchão dum hospital afanosamente ocupado com os vivos e com os moribundos.

Num determinado momento, um doutor dirá que meu cérebro cessou de funcionar e que, para todos os efeitos e propósitos, biológicos e legais, minha vida terminou.

Quando isto acontecer, não tentem instilar vida artificial dentro de meu corpo pelo uso de uma máquina prodigiosa.

E não chamem aquilo de meu leito de morte. Chamem-no de leito de vida, e deixem meu corpo ser usado para ajudar outros a viver vidas mais intensas, mais cheias.

Dêem minha visão para o homem que nunca viu o sorriso, um rosto de criança ou o amor nos olhos de uma mulher.

Dêem meu coração para alguém cujo próprio coração não causou senão dias infindos de dor.

Dêem meu sangue para o adolescente que foi trucidado num desastre, para que para ele possa viver até ver seus netos brincando.

Dêem meus rins para quem dependa de diálise para viver de semana a semana.

Tirem meus ossos, cada músculo, cada fibra de nervo e encontrem um meio de que eles façam uma criança lesionada andar.

Explore cada cantinho de meu cérebro. Tirem minhas células, se necessário, e desenvolvam-nas para que com elas, um dia, um garoto mudo possa gritar num jogo de futebol ou uma garota surda possa ouvir o som da chuva batendo na sua janela.

Queimem tudo que sobrar de mim e lancem minhas cinzas ao vento para ajudar as plantas a crescer.

Se for preciso enterrar alguma coisa, enterrem minhas faltas, minhas fraquezas e todo o preconceito que tive contra meu semelhante.

Dêem meus pecados ao diabo.

Dêem minh'alma a Deus.

Se, por acaso vocês desejarem lembrar-me, façam-no com um gesto amigo ou com uma palavra terna para com quem precisa de vocês. Se fizerem tudo que eu pedi, não terei morrido e viverei para sempre".

Homologação dos exames médicos-periciais

Parecer CFM 0677/91

O diretor da Divisão de Serviço Médico e Assistência Social de Pessoal do INAMPS, através de of. nº501-003.73/01, solicita pronunciamento deste conselho quanto a eticidade de exames médico-periciais em seus servidores com vista ao julgamento de suas capacidades laborativas. As dúvidas se dão em três situações assim colocadas:

1) A homologação dos exames médicos-periciais realizado no interior dos Estados, por parte dos chefes dos serviços médicos de pessoal nas capitais (normas internas do Instituto), infringe algum artigo do Código de Ética Médica?

2) Se os médicos peritos do INSS, no interior, ao aposentarem um servidor do INSS, após 02 (dois) anos de afastamento ininterrupto, por não ter condição de trabalho no momento do exame médico-pericial e em cumprimento de normas estatutárias do serviço público, estão infringindo também algum artigo do Código de Ética Médica?

3) A homologação de resultados de exames realizados em outro Estado, em Serviço Médico de Pessoal do INAMPS, na capital por parte da Chefia do Serviço Médico, infringe algum artigo do Código de Ética Médica?

PARECER:

Do ponto de vista jurídico, legal, normativo, parece-me não haver dúvidas, os procedimentos acima numerados estão respaldados por lei (lei nº 8112 de 11/12/90 que dispõe sobre o Regime Jurídico Único) e pelas normas internas do Instituto.

A perícia médica é tratada no capítulo XI do Código de Ética Médica, em seus artigos 118 a 121. Destes, o artigo 119 e artigo 118 do Código de Ética Médica.

Concluo, pois, que não vislumbro nenhuma infração a qualquer artigo do Código de Ética Médica quando da realização dos procedimentos acima expostos.

Este é o nosso parecer.

Brasília, 13 de fevereiro de 1992.

JOÃO DAMASCENO PORTO
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 12/02/92



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 013/86

DENUNCIANTE - CRM/PR

DENUNCIADO - DR. ANTONIO PEDRO PAULO NUEVO MIGUEL

RELATOR - DR. SANITO WILHELM ROCHA

REVISOR - DR. FARID SABBAG

ACÓRDÃO - 011/87

EMENTA - ATESTADOS ASSINADOS EM BRANCO - NÃO UTILIZAÇÃO DOS MESMOS - INEXISTÊNCIA DE INFRAÇÃO AO ARTIGO 5º DO CÓDIGO BRASILEIRO DE DEONTOLOGIA MÉDICA - DENÚNCIA IMPROCEDENTE - ABSOLVIÇÃO.

Se o denunciado mantinha atestados assinados sem preenchimentos, trancados em sua gaveta, visando apenas agilizar suas funções, não se pode afirmar que se tenha infringido o artigo 5º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, cujo texto implica na entrega dos documentos a terceiros.

Vistos, discutidos e relatados estes autos de processo Ético-Profissional nº 013/86, em que é denunciante o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e denunciado o Dr. Antonio Pedro Paulo Nuevo Miguel,

ACORDAM

Os membros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, por unanimidade, na forma dos votos dos Senhores Relator e Revisor, em **não acolher** a imputação feita ao denunciado de infração ao artigo 5º do Código Brasileiro de Deontologia Médica, conforme ata nº 338, de 13 de julho de 1987.

Curitiba, 14 de julho de 1987.

SANITO WILHELM ROCHA
Cons. Relator

LUIZ CARLOS SOBANIA
Cons. Presidente

INFORMAÇÕES MÉDICAS

à autoridade, sobre menores infratores presos portadores de sorologia positiva para HIV

Parecer CFM nº 2882/89

O presente processo teve sua origem a partir de questionamentos levantados pelas equipes médicas da FUNDAÇÃO ESTADUAL DO BEM ESTAR DO MENOR - FEBEM - SP e do CENTRO DE SAÚDE 1 de São José dos Campos - SP que, em expedientes encaminhados ao Conselho Regional de Medicina do Estado do São Paulo - CREMESP, solicitam informações sobre o posicionamento a ser adotado pela equipe médica, diante de requerimento de autoridade jurídicas e administrativas, para o fornecimento de informações médicas relativas à menores infratores detentos do sistema prisional, portadores de sorologia positiva para o HIV. Em ambas as consultas, os médicos em apreço manifestam as suas preocupações sobre o procedimento a ser adotado frente a situação em que a equipe médica se defronta com o dilema de vir a romper o sigilo médico por solicitação de seus superiores ou de autoridades judiciais e o rígido cumprimento do que estatue o Código de Ética Médica, o Código Penal e o Código Civil em que seus artigos relativos ao Segredo Profissional.

No primeiro expediente, as questões formuladas foram:

- 1** – Deve o médico revelar resultados de exames de menores infratores quando solicitados pela Diretoria da FEBEM, à qual a equipe médica é subordinada?
- 2** – Pode o médico revelar estes resultados de exames à equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, pedagogos, psicólogos, professores, monitores, pessoal de enfermagem, diretor da unidade, etc.?
- 3** – Estando o menor sob a guarda e responsabilidade do Exmo. Sr. Juiz de Menores que é seu responsável legal, qual a atitude do médico quando solicitado a revelar tais exames?
- 4** – Como proceder quanto as informações a serem colocados no relatório multidisciplinar quando da transferência do menor infrator anti-HIV reagente para outras unidades da FEBEM?
- 5** – Como proceder quando a equipe multidisciplinar entende que os familiares

devam ser informados e o menor infrator anti-HIV reigente manifesta o desejo em contrário?

- 6** – Teria o menor infrator, com sorologia positiva para HIV, correto julgamento de sua condição física e toda uma série de implicações que extrapolam a sua individualidade, envolvendo familiares, contatos sexuais e muitas vezes filhos?

Quanto ao segundo expediente, as questões formuladas foram:

- 1** – Deve o médico informar ao Diretor do Estabelecimento Penal, às Instituições Judiciais e filantrópicas sobre a situação de saúde dos pacientes sob seus cuidados profissionais?
- 2** – O médico deverá permitir a presença de escolta policial no consultório durante o atendimento médico?

Diante de tais questionamentos, o Presidente do CREMESP designou inicialmente o Cons. Adagmar Andriolo para se pronunciar sobre o contido no expediente de nº 21594/88 - FEBEM, e o Cons. Luiz Gastão Mange Rosenfeld que responderia ao expediente de nº 9356/89 - CS I de São José dos Campos - SP.

Acatando integralmente o Parecer da lavra da eminente Ass. Jurídica do CREMESP, Dra. Cecilia S. Marcelino, o Cons. Adagmar Andriolo apresentou o referido parecer ao Pleno daquele Regional, não obtendo, contudo a aprovação do mesmo nos termos propostos, tendo sido então, naquela ocasião, designado o Cons. Luiz Gastão Rosenfeld para emitir novo parecer sobre a matéria.

Em sessão plenária realizada em 10.09.89, ambos os pareceres, da lavra do Cons. Luiz Gastão M. Rosenfeld foram aprovados pelo Pleno daquele Regional.

CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO EXP. Nº 21594/88 INTERESSADO: FEBEM

Em resposta à equipe médica da FEBEM e citando o artigo 154 do Código Penal e os artigos 102 e 103 do Código de Ética Médica, o parecerista assim se pronunciou:

“O segredo médico diante de moléstia infectocontagiosa comporta considerações a respeito do direito individual que passa a ser suplantado pelo direito da coletividade. A notificação compulsória é uma instituição que rompe esta barreira”.

Segundo o parecerista, diante de tais circunstâncias a “quebra do sigilo médico” se justifica pois permite, às autoridades sanitárias, a adoção de medidas profiláticas evitando novas contaminações.

E conclue o seu parecer afirmando:

"Diante do exposto entendemos que no caso da Unidade de Menores Infratores da FEBEM, **pode o médico comunicar às autoridades administrativas os menores contaminados pelo HIV desde que a identificação destes menores vise a adoção de medidas profiláticas e o tratamento adequado desses pacientes.** Essas comunicações devem estar condicionadas à participação do médico na organização das medidas profiláticas afim de assegurar a sua adequação técnica e moral e assim garantir a justa causa da "quebra do segredo médico".

"Com relação à comunicação aos pais ou responsáveis legais, no caso o Juiz de Menores, cabe ao médico julgar se o menor está apto a compreender a complexibilidade do problema e a se conduzir adequadamente, caso contrário a comunicação deve ser realizada independentemente da decisão do menor".

"A equipe multidisciplinar constituída por profissionais de saúde está sujeita ao segredo profissional podendo ser notificada sem restrições sobre os menores contaminados pelo HIV."

CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO EXP. Nº 9356/89

INTERESSADO: CENTRO DE SAÚDE 1 DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP

Tendo por instrumento de análise os mesmos diplomas legais, o parecerista conclue:

"No caso de estabelecimentos profissionais, **pode o médico comunicar às autoridades administrativas ou judiciais gerais os detentos contaminados pelo HIV, desde que a identificação desses indivíduos vise a adoção de medidas profiláticas e tratamento médico adequado aos pacientes**".

E acrescenta:

"Considerando-se o caso específico da entidade filantrópica que presta assistência aos presos em regime semi-aberto não se justifica a ruptura do segredo médico, visto que pressupõe-se os indivíduos liberados para este regime prisional apresentam comportamento adequado ao convívio social".

No que tange ao terceiro ítem da consulta, referente a presença de escolta policial durante o atendimento médico, opina o Cons. Luiz G. M. Rosenfeld "**ser de responsabilidade da autoridade policial a guarda de um presidiário bem como a segurança da equipe de saúde durante o seu atendimento**".

E acrescenta:

"Na dependência do comportamento do presidiário e a critério da autoridade policial, o atendimento pode ser realizado com o paciente contido por algemas ou até, se indispensável,

com acompanhamento policial. Esta última situação deve ser evitada a fim de não prejudicar o relacionamento médico-paciente e permitir a ruptura do segredo médico".

DOCTRINA

Agora as situações decorrentes da prática médica que não parecem trazer conflitos em nossas consciências, resta-nos analisar a conceituação e o mérito de que seja "segredo médico", seu alcance e limitações.

Da época em que o segredo médico foi colocado no juramento de Hipócrates onde, no dizer do Prof. Genival Velloso de França, em seu livro, "Direito Médico" "... tal princípio se traduzia em uma obrigação moral, compactuada entre os mestres de Cós e os neófitos de Asclepiades, não repousando em bases jurídicas, nem sobre uma noção de ordem pública", até os nossos dias, muitas transformações se deram, substituindo a clássica deontologia por um sistema de normas adaptáveis à realidade atual.

Entretanto longe de termos superado o sistema da correta e adequada conceituação do que venha a ser "segredo médico" e dos limites nítidos e inquestionáveis de seu conteúdo filosófico e deontológico, a modernidade nos remete à novos conflitos por sentirmos que os princípios éticos, e jurídicos estabelecidos nem sempre se mostram fáceis de serem aplicados em certas circunstâncias.

Assim se pronunciou o notável jurista, Dr. ANTÔNIO CARLOS MENDES, em seu parecer apresentado ao CREMESP, em 10.20.80 sobre o segredo médico:

"O segredo médico é uma espécie de segredo profissional, isto é, consiste no resultado das confidências que o médico, como tal, recebe de seus clientes, com o fim de poder prestar-lhe qualquer serviço atinente a sua profissão. As confidências feitas ao médico pelo doente não se devem restringir apenas àquelas que o paciente manifesta mas, antes, a tudo que o médico observa e verifica ligado à doença de seu cliente, incluindo o que lhe diz o doente e o que contempla por si até o que descobre e que o doente não deseja revelar".

Conhecido por uma ou por um número limitado de pessoas, o segredo médico, obtido necessariamente no exercício da profissão é protegido ética e penalmente, com o intuito de proteger a vontade manifesta ou não do paciente, resguardando a confiança que se estabelece na relação médico-paciente e frustrando os danos que a sua revelação poderia causar no conceito de que o paciente goza na sociedade, evitando com isto, prejuízos de ordem material ou moral.

Enfim, entendemos ser, o segredo médico, o silêncio a que está obrigado a manter o profissional da medicina, sobre fatos que ele viu, ouviu ou deduziu no exercício de sua profissão, ressalvados os casos de **justa causa, dever legal ou por autorização expressa do paciente.**

O segredo médico está protegido no Código de Ética Médica em seus artigos **102** **usque 109** e artigo **117** além dos **154** do Código Penal, **144** do Código Civil e **207** do Código de Processo Penal. Tais instrumentos jurídicos e ético garantem ao paciente, e obrigam ao médico a guarda do segredo.

Código de Ética Médica

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo Único: permanece essa proibição

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b) quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir paciente ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

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

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

*deixamos de citar os artigos do C.E.M. que mesmo se referindo ao segredo médico, não guardam relação direta com o presente caso.

Código Penal

Art. 154 - Revelar alguém, sem **justa causa**, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. **Pena:** detenção de três meses a um ano.

Código Civil

Art. 144 - Ninguém pode ser obrigado a depôr sobre fatos a cujo respeito, por estado ou profissão deva guardar segredo.

Código de Processo Penal

Art. 207 - São proibidos de depôr as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devem guardar segredo, salvo se, desobrigado pela parte interessada quiserem dar seu testemunho.

A não observância dessas normas éticas e penais resulta em punições a todos os profissionais que dolosamente vierem a quebrar o sigilo das informações obtidas no exercício de seu mister.

Entretanto a obrigação da guarda do segredo médico não é absoluta. Para tanto existem exceções do segredo que, por interesse da coletividade encontram amparo nos artigos 269 do C.P., 66 da lei das Contravenções Penais, e no artigo 59 do C.E.M.

Código Penal

Art. 269 - Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória.

Pena: detenção de seis meses à dois anos.

Leis das Contravenções Penais

Art. 66 - Deixar de comunicar à autoridade competente: (...) II - Crime de ação pública de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não exponha o cliente a procedimento criminal.

Código de Ética Médica Art. 59 - É vedado ao médico:

"Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe um dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal". (grifo nosso)

Estas normas éticas e jurídicas contemplam as hipóteses legais de quebra de sigilo médico por "justa causa" diante das quais o médico se acha protegido, não se constituindo tal procedimento em infração ética ou penal. Caracterizam tais exceções as informações prestadas pelo médico nas: declarações de nascimento, declarações de óbito, doenças de notificação compulsória, laudos periciais e atestados médicos.

Além dessas exceções previstas nos artigos citados, outras exceções são reguladas pelo Direito Positivo ao reconhecer como excludente de criminalidade, a quebra do segredo médico nas hipóteses de legítima defesa, do estado de necessidade ou do exercício regular do direito.

Enquanto que para alguns estudiosos da matéria o julgamento dos motivos que justificam a quebra do sigilo médico por justa causa está subordinada exclusivamente ao arbítrio médico, este Egrégio Conselho, em parecer nº 3016/89, aprovado em 20/03/90, da lavra do nobilíssimo Cons. Hércules Sidnei Pires Liberal faz referência a farto material jurisprudencial que afirmam categoricamente estar, a justa causa tutelada pelo Direito. Por isto, nos ilustra o nobre parecerista, no 2º item de suas conclusões que: o médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de "justa causa", determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade, ou se houver autorização expressa do paciente. (o grifo é nosso).

Segundo ainda o jurista ANTÔNIO CARLOS MENDES, citado pelo Cons. Hercules Sidnei Pires Liberal em seu parecer, **"a justa causa tem, assim, os seus limites fixados pelo Direito, não admitindo circunstância estranhas que conduziriam fatalmente à imprecisão e alargamento excessivo da posição justificativa, com o enfraquecimento da tutela penal"**.

PARTE CONCLUSIVA

Tendo por instrumento de análise os princípios doutrinários e jurisprudenciais contemplados neste parecer, passamos a apreciar as questões formuladas nos respectivos expedientes.

Da análise do conteúdo do expediente CREMRSP de nº 21594/88 que trata da questão dos menores da FEBEM com sorologia positiva para o HIV convém destacar as três situações, diante das quais, o parecerista se pronunciou:

1 - Revelar o segredo médico às autoridades administrativas da FEBEM, sobre menores infratores com sorologia positiva para o HIV justificando a quebra do sigilo médico pela necessidade de adoção de medidas profiláticas a serem implementadas pelas autoridades sanitárias.

2 - Revelar segredo médico aos pais ou responsáveis legais (no caso, o juiz de menores) após reconhecer a incapacidade do menor infrator em dar solução ao problema, por seus próprios meios.

3 - Revelar segredo médico à equipe multidisciplinar, sobre os menores da FEBEM, por entender que a solução do problema não se limita à ação do médico como também pela imposição do sigilo profissional a que estão sujeitos todos os profissionais da equipe.

Como vimos, o segredo médico não é absoluto estando entretanto, a sua revelação, subordinada à tutela penal e aos preceitos éticos da profissão. Assim, entendemos que

não podemos concordar com a opinião do parecerista quanto a primeira situação, visto que nenhum benefício traria, aos menores infratores, a revelação de seus nomes e enfermidades ao administrador responsável. Pelo contrário, é de se imaginar os possíveis danos morais que tal procedimento acarretaria aos mesmos, com a revelação dessas informações. As autoridades administrativas cabe, tão somente, apoiar as decisões da equipe médica no âmbito da instituição.

Concordamos com o parecerista quanto ao seu encaminhamento nas duas outras situações. No nosso entendimento, não há quebra no sigilo médico quando o segredo é dado a conhecer ao juiz de menores porquanto, estando o menor infrator sob tutela do Estado, é o juiz da Vara de Menores o seu responsável legal previsto do Art. 103 do C.E.M.; assim como também não há quebra do sigilo quando da revelação do segredo médico perante a equipe multidisciplinar constituída com o propósito de uma melhor abordagem do problema, por estarem também, esses profissionais, presos ao sigilo profissional por força do Art. 207 do Código Processo Penal.

Quanto ao segundo expediente de nº 9356/89 relativo aos detentos do sistema prisional com sorologia para o HIV, aqui também o parecerista do CREMESP aborda a questão do segredo médico em duas situações que merecem breves considerações:

1 - Revelar segredo médico sobre detentos portadores de sorologia positiva para o HIV, às autoridades administrativas ou judiciais gerais;

2 - Revelar segredo médico sobre mesmos detentos, às instituições filantrópicas que prestam assistência social e espiritual no interior dos presídios.

Em face a estas duas situações, lembramos que o Cons. Relator pronunciou-se favorável à revelação do segredo médico às autoridades administrativas ou judiciais gerais e contrário à revelação do segredo às entidades filantrópicas.

No que se refere a primeira situação, acreditamos, já à termos contemplada ao comentarmos o expediente anterior, ou seja, naquela ocasião afirmamos que "revelar segredo médico às autoridades administrativas e judiciais nenhum benefício proporcionaria ao detento nem tampouco havia o amparo dos diplomas legais para a quebra do sigilo".

Mesmo considerando as estreitas relações que comumente ocorrem entre os detentos em graus variados de promiscuidade, tendo como consequência a provável transmissão do HIV para outros detentos, não será a simples identificação destes, às autoridades do sistema prisional que irá proporcionar a correta e adequada abordagem epidemiológica do problema.

Em parecer elaborado pelo Cons. Antônio Ozório Leme de Barros, com a colaboração do Cons. Guido Carlos Levi, aprovado na 1295ª Reunião Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, realizada em 03/05/88, em sua alínea (e), sobre Estabelecimentos Prisionais, lemos:

"De nada adiantaria a adoção de medidas de identificação de portadores do HIV entre aqueles que ingressam no sistema prisional se, efetivamente não se puder desenvolver um atendimento subsequente adequado e que respeite a dignidade da pessoa. Tal procedimento, tendo-se em vista as atuais condições do sistema, poderá servir para aumentar a estigmatização dos portadores do HIV, expondo-os a riscos de segregação ou mesmo hostilização. Além disso, há que se pensar na melhoria dos serviços de saúde hoje disponíveis no âmbito de tais estabelecimentos, sabidamente precários em termos de recursos (C.E.M. - art. 1º, 2º, 6º, 47 e 53)".

"As condições peculiares existentes nos presídios impõem que sejam adotados programas educacionais, dirigidos à população carcerária e aos funcionários de tais instituições com o objetivo de reduzir, na medida do possível, o risco de aquisição da doença (C.E.M. - art 1º,2º,6º e 12)".

"Finalmente, devemos ter em conta de que cabe ao Estado zelar pela preservação da dignidade daqueles que se encontram recolhidos ao sistema prisional. Ao médico que atua em tais instituições, por seu turno, é atribuída parte dessa responsabilidade, devendo este, portanto, empregar o melhor de si para que tal escopo seja atingido (C.E.M. - art. 1º, 2º, 19, 22, 44 e 53)".

Homologado pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde, o citado parecer consegue ser simples e sábio, doutrinário e pedagógico, ao compatibilizar os princípios filosóficos e deontológicos com a realidade social com que se defrontam de um lado a deontologia médica e de outro, os imperativos legais e morais responsáveis pela salvaguarda dos interesses da coletividade.

Assim, não podemos concordar com a proposição do parecerista quanto a Conclusão adotada para a primeira situação.

No tocante a segunda situação, parece-nos de meridiana clareza que em nenhuma hipótese, prevista ou omitida pelos diplomas legais, explícita ou implícita, se justifica a ruptura do sigilo profissional perante pessoas estranhas ao ofício da medicina, destituídas que são da obrigação da guarda do segredo médico que vierem a conhecer, no que estamos de acordo com a posição adotada pelo parecerista.

Finalmente passamos a considerar a última questão levantada pela equipe médica do Centro de Saúde de São José dos Campos referente a presença de escolta policial no consultório durante o atendimento.

Naquela oportunidade o Cons. Luiz G. M. Rosenfeld concluiu:

"... ser de responsabilidade de autoridade policial a guarda de um presidiário bem como a segurança da equipe de saúde durante o seu atendimento" e que "... na dependência do comportamento do presidiário e a critério da autoridade policial, o atendimento pode ser realizado com o paciente contido por algemas ou até, se indispensável, com acompanhamento policial".

Nestas circunstâncias do atendimento do presidiário duas situações são colocadas:

1 - o atendimento médico ocorre com o presidiário contido por algemas:

2 - o atendimento médico do presidiário ocorre na presença de escolta policial.

Absolutamente não podemos concordar com a opinião do parecerista, por considerar que estas condições do atendimento médico, são indignas ao ser humano, envergonham a medicina e encontram os postulados éticos e morais da profissão.

A nossa discordância com a opinião do parecerista não se baseia num excesso de zelo humanitário ou de sentimento de pieguismo por aqueles que estão na condição de detento e portanto, com seus direitos restritos à vontade da autoridade policial. Mas antes se baseia em princípios consagrados mundialmente e que se expressam com muita nitidez nos postulados éticos da profissão médica em seus PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, DIREITOS HUMANOS e nos PRINCÍPIOS DE ÉTICA MÉDICA relativos ao papel do pessoal de saúde, especialmente os médicos, na proteção de prisioneiros e detentos contra tortura e outra forma cruel, desumana ou degradante de tratamento ou punição. Senão vejamos:

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

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

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade.

DIREITOS HUMANOS

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

PRINCÍPIO 1:

O pessoal de saúde principalmente os médicos encarregados da assistência médica de prisioneiros e detentos, tem o dever de oferecer-lhes proteção à sua saúde física e mental, e tratamento de doença da mesma qualidade e padrão dispensados àqueles que não são prisioneiros ou detentos.

Brasília-DF, 08 de março de 1991.

HILÁRIO LOURENÇO DE FREITAS JUNIOR
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 08/03/91



ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 07/86

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL

ORIGEM: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

APELANTE: A.L.F.F.

APELADO: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA

ACÓRDÃO: 10/85

EMENTA

- 1 - Prática infração à ética médica aquela que faz auto promoção ao divulgar métodos e técnicas científicas através de artigos e entrevistas publicadas em jornais;
- 2 - É antiética toda publicação em artigos que vise somente promover o entrevistado de forma sensacionalista;
- 3 - Infração aos artigos 8º parágrafos 1º e 2º, itens "a" e "c" da Resolução 1030/80 do Conselho Federal de Medicina;
- 4 - Recurso provido parcialmente, aplicando-se a penalidade prevista na letra "b" do artigo 22 da Lei 3268 de 30 de setembro de 1957.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros da 1ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, reunidos em sessão realizada em 19 de maio de 1988, conforme disposto nas Resoluções CFM nºs. 1210/85 e 1211/85, **acordaram** por unanimidade de votos em **dar provimento** parcial ao recurso interposto pelo apelante A.L.F.F. e aplicar a pena de "**Censura Confidencial em Aviso Reservado**" prevista na letra "b" do artigo 22 da Lei 3268 de 30 de setembro de 1957 por infração aos artigos 8º parágrafo 1º e 2º itens "a" e "c" da Resolução CFM nº 1030/80.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Bernardo Fernando Vianna Pereira que passa a integrar o presente.

Rio de Janeiro, 19 de maio de 1988.

GABRIEL WOLF OSELKA
Cons. Presidente

BERNARDO FERNANDO VIANNA PEREIRA
Cons. Relator

MÉDICO SÓ PODE SER RESPONSÁVEL POR DUAS INSTITUIÇÕES

Resolução CFM Nº 1352/92

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhes confere a Lei nº 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO ser necessário disciplinar a extensão em que um médico pode responder pela Direção Técnica ou pela Direção Clínica dos estabelecimentos de saúde, sem, contudo, criar qualquer cerceamento ao exercício da atividade médica;

CONSIDERANDO que o médico, observadas as normas éticas e legais que regem a profissão, pode exercer seu trabalho em empresas ou instituições distintas, desde que haja compatibilidade de horários;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo Conselho Federal de Medicina em sessão plenária realizada em 17 de janeiro de 1992;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

Art. 2º - Fica revogado o "caput" do art. 5º da Resolução CFM Nº 1342/91, de 08 de março de 1991, mantido seu parágrafo único.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília-DF 17 de janeiro de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

WALDIR PAIVA MESQUITA
2º Secretário

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/01/92

OFTALMOLOGISTA



Esta Resolução é de seu interesse

RESOLUÇÃO CFM Nº 1353/92

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a lei nº3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº44045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO o artigo 2º da Lei nº3268 - "O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente";

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 123, 124, 126 e 127 do Código de Ética Médica:

"É vedado ao médico:

Artigo 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido, sobre a natureza e consequência da pesquisa.

Parágrafo Único - Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu responsável legal.

Artigo 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis consequências.

Artigo 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Artigo 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo à aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador".

CONSIDERANDO que não existe regulamentação, controle e autorização para liberação de novas técnicas e/ou procedimentos cirúrgicos no país;

CONSIDERANDO os estudos realizados em conjunto pelo Conselho Federal de Medicina e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, através de sua Comissão Científica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária, realizada em 07 de maio de 1992;

R E S O L V E:

1º) Reconhecer como experimentais, os procedimentos abaixo relacionados:

Fotoablação Corneana (inclusive por Excimer Laser)
Cirurgias para Hipermetropia (inclusive Termoceratoplastia)
Halo-implantes com finalidade refrativa
Implantes intra-corneanos com finalidade refrativa
Ceratomileuse
Epiceratofacia
Implante de lente intra-ocular de Câmara Anterior em Olho Fácico
Extração de Cristalino Transparente com finalidade refrativa

2º) Determinar que, para a execução destes procedimentos, sejam observadas as normas de Pesquisa Médica aprovadas por este Conselho Federal de Medicina, o contido na Declaração de Helsinque e a Resolução nº 001/88 do Conselho Nacional de Saúde;

3º) Determinar que os protocolos referentes a tais procedimentos sejam aprovados e acompanhados pela Comissão de Ética da Instituição onde for realizado o procedimento e pela Comissão Científica do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Brasília-DF 07 de maio de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Presidente

HERCULES SIDNEI PIRES LIBERAL
Secretário-Geral

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 07/05/92

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1991 / 1993

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

DELEGACIAS REGIONAIS

1. COMISSÃO DA FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki (Presidente)
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Cons. Daebes Gaiati Vieira
Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hanna Sobrinho
Cons.^a Tânia Mara Cunha Schaefer

DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Colaborador)
Dr. Minao Ikawa (Suplente)
Dr. Carlos Alberto Ferri (Suplente)
Dr. José Carlos Amador (Suplente)
Dr. Neison Couto de Rezende (Colaborador)

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Cons. Farid Sabbag (Presidente)
Cons. Carlos Augusto Ribeiro
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons. Marco Aurélio de Quadros Cravo
Editor da Revista - Dr. Ehrenfried Othmar Wittig

DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. João Fernando Cáffaro Góis (Suplente)
Dr. Luiz Carlos Polonio de Oliveira (Suplente)
Dr. Junot Cordeiro (Suplente)
Dr. Carlos Alberto de Almeida Boer (Colaborador)

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Cons.^a Solange Borba Glidemeister (Presidente)
Cons. Carlos Ehlke Braga Filho

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Saciloto (Presidente)
Dr. Reinaldo Rocha Martins (Secretário)
Dra. Sônia Margaret C. da Costa (Colaboradora)
Dr. Belarmino Antônio Baccin (Suplente)
Dr. João Guerino Cato (Suplente)
Dr. Floriano Kaiss (Suplente)

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons. Gerson Zafalon Martins (Presidente)
Cons. Luiz Carlos Misurelli Palmquist
Cons. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Cons. Octaviano Baptistini Junior
Cons. Antonio Motizuki

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Melo Costa (Presidente)
Dr. Paulo Afonso de Barcelos (Secretário)
Dr. Ivan José Cardoso Frey (Colaborador)
Dr. Roberto José Linarth (Suplente)
Dr. Francisco Martinez Cebrían (Suplente)
Dr. Edison Morel (Suplente)

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Jaime Ricardo Paciornik (Presidente)
Cons. Elias Abrão
Cons. Osmar Ratzke

DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Vilmar Rizzo (Secretário)
Dr. Univaldo Sagae (Colaborador)
Dr. Raul Miranda (Suplente)
Dr. Faustino Alferes Garcia (Suplente)
Dr. Milton de Oliveira (Suplente)
Dra. Yadirá Raquel Tapia G. Pereira (Colaboradora)

6. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Cons. Nelson Egidio de Carvalho (Presidente)
Cons. Carlos Henrique Gonçalves
Cons. Valdir Sabedotti

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Danilo Saad (Presidente)
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)
Dr. Achilles Buss Junior (Colaborador)
Dr. Geraldo Nadal (Suplente)
Dr. Geraldo Trentini (Suplente)
Dr. Isac S. Meinick (Suplente)

7. COMISSÃO DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Leon Zindeluk (Presidente)
Cons. Luiz Sallim Emed

8. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

Cons. Hélio Germiniani (Presidente)
Cons. Henrique de Lacerda Suplicy
Cons. Gilberto Saciloto
Cons. Marco Antonio Rocha Loures

DELEGACIA SECCIONAL DE PARANAGUÁ

Dr. Mario Budant de Araújo (Presidente)
Dr. Eduardo Marecki (Secretário)
Dr. José Michel Gantus (Colaborador)
Dr. Ivo Petry Maciel Junior (Suplente)
Dr. Mario Percegon (Suplente)
Dr. Lauber Macedo de Mattos (Suplente)

9. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Cons. João Zeni Junior (Presidente)
Cons. Antonio Carlos Corrêa Küster Filho
Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Nelson Emilio Marques

**O MELHOR
DE UM
BANCO**



**ESTÁ NA
CAIXA**



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

