

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

**IMPRESSO**

v. 11, n. 41 - janeiro / março - 1994

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

## DIREÇÃO GESTÃO 1993/1998

Presidente:	Cons. Wadir Rúpollo
Vice-Presidente:	Cons. Odair de Floro Martins
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2º Secretário:	Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Tesoureira:	Consª Mara Albonei Dudeque Pianovski
Tesoureiro-Adjuntos:	Cons. Gerson Zafalon Martins

### MEMBROS EFETIVOS

Dr. Agostinho Bertoldi  
Dr. Daebes Galati Vieira  
Drª Eleusis Ronconi de Nazareno  
Dr. Gerson Zafalon Martins  
Dr. Hécio Bertolozzi Soares  
Dr. Ivan Pozzi  
Dr. João Batista Marchesini  
Dr. Kernel Jorge Chammas  
Dr. Luiz Carlos Sobania  
Dr. Luiz fernando Bittencourt Beltrão  
Dr. Luiz Sallim Emed  
Drª Mara Albonei Dudeque Pianovski  
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Dr. Mário Lobato da Costa  
Drª Monica De Biase Wright Kastrup  
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Dr. Odair de Floro Martins  
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire (\*\*\*)  
Dr. Waldir Rúpollo  
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

### MEMBROS SUPLENTES

Dr. Adolar Nicoluzzi  
Dr. Álvaro Réa Neto  
Dr. Alberto Accioly Veiga (\*)  
Drª Ana Zulmira Eschholz Diniz  
Dr. Antonio Carlos Bagatin  
Dr. Antonio Katsumi Kay  
Dr. Carlos Castello Branco Neto  
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Dr. Gilberto Saciloto  
Dr. Iracy Maciel Meyer (\*\*)  
Dr. José Carlos de Miranda  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira  
Drª Marília Cristina Milano Campos  
Dr. Mario Luiz Luvizotto  
Dr. Moacir Pires Ramos  
Dr. Nelson Antonio Baurfatti Filho  
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger  
Drª Wilma Brunetti  
Drª Zaira Lucia Letchacovski de Mello

Consultor Jurídico: Dr. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

(\*) Licenciado  
(\*\*) Falecido  
(\*\*\*) Substituto

### 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. 11	Nº 41	p. 1-58	Jan-/Mar.	1994
--------------------------------	----------	-------	-------	---------	-----------	------

## EDITOR

Ehrenfried O. Wittig  
CONSELHO EDITORIAL  
Carlos Ehke Braga Filho  
Duilton de Paola  
Ehrenfried O. Wittig  
Farid Sabbag

## IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica  
Rua Francisco Screamin, 1855-b  
CEP 80540-320 - Curitiba - Paraná

## DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos médicos do Paraná

## CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo  
Martins e Cesar Marchesini  
Fotografia: Bia

## TIRAGEM

11.000 exemplares

## EDIÇÃO

Trimestral

## Sumário

A Responsabilidade civil dos médicos	1
Sigilo médico e dois exemplos	18
Acórdão CRMPR nº 008/90	22
Exame Complementar - médico particular x público	23
O Direito de Internar sem pertencer ao Corpo Clínico	25
Direito de Internar - Juiz Decide	29
Indenização: Responsabilidade civil do médico em intervenção cirúrgica	30
Acórdão CRMPR nº 10/88	36
INAMPS é responsável por danos a segurado	37
Prontuário médico	38
Responsabilidade médica nas transferências de pacientes	39
Alemanha prepara lei para evitar tráfico de órgãos	41
Distanasia - Uma polêmica em estado de latência	42
Tratamento para criminosos sexuais terá controle	43
Distanasia, a polêmica contínua	44
Meditando	46
Acórdão CRMPR nº 008/90	47
Engenharia genética mudará direito a curto prazo	48
Pode um médico cobrar consulta por assistir a um paciente, sem estar de plantão ou ser solicitado pelo plantonista?	50
Acórdão CRMPR nº 004/90	51
Concurso melhor Monografia Sobre Ética Médica	52
Avaliação urodinâmica	54
INSS normatiza a fiscalização da situação do médico e a responsabilidade técnica das organizações hospitalares e de assistência médica	55
Você confia nos médicos?	58

# 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, afora 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 unitermos 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 DOS MÉDICOS

Vera Maria Jacob de Fradera\*

## INTRODUÇÃO

Atividade desenvolvida no ambiente social, o exercício da Medicina está sujeito às normas jurídicas, emanadas pelo Estado, com o fito de regular a ação e o comportamento dos médicos em seu relacionamento com os pacientes<sup>1</sup>. Estão eles, portanto, obrigados a certos deveres, cujo descumprimento acarreta-lhes a responsabilidade.

A possibilidade de um médico ser responsabilizado por um erro ou falha em sua conduta profissional nem sempre foi considerada, de vez que, durante longo tempo, desfrutou de uma posição de destaque na sociedade, orientando as famílias às quais assistia, não só em relação à saúde, como em muitos outros assuntos. Era o "o médico de família," o médico de cabeceira, que, durante décadas dispensava cuidados, às vezes, a três gerações de um mesmo clã familiar.

A partir do momento em que se inaugurou o sistema de Medicina socializada, na grande maioria dos países, houve uma transformação radical na forma do relacionamento médico-paciente, pois, de uma relação amistosa, se transformou em um contato frio e impessoal, em que o médico vê no paciente um desconhecido, alguém que, provavelmente, lhe foi encaminhado por outro médico ou por um serviço de assistência médica do Estado, enquanto que, para o paciente, o médico é apenas um técnico, com o qual manterá relacionamento estritamente profissional.

Por outro lado, a profissão médica banaliza-se, pois os progressos alcançados pela Ciência, aplicados à Medicina, tornam-se, graças à divulgação pela imprensa, de domínio público. As novas técnicas cirúrgicas, por exemplo, as operações realizadas por bisturis eletrônicos ou a raio laser, as técnicas de transplante de órgãos, os bebês de proveta e muito mais, são por todos conhecidas, gerando, no público em geral, a idéia falsa, de que a Medicina é onipotente, e, em consequência, o sofrimento, a dor física, e morte, podem ser, se não completamente erradicados, pelo menos, afastados por um tempo mais longo. Esta mesma técnica, tão avançada, face a um imprevisto, um erro, tem como resultado conseqüências muito mais graves do que aquelas que advinham da utilização dos métodos mais antigos e tradicionais de tratamento e cirurgia.

---

\* Advogada. Trabalho apresentado em seminário do Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

As afirmações expendidas justificam o aumento do número de processos movidos contra médicos por seus pacientes ou familiares, que entenderam terem sido prejudicados pelo médico, em um ato cirúrgico ou tratamento clínico.

Ainda que durante séculos os médicos tenham desfrutado de uma espécie de imunidade à responsabilização por seus erros, a origem desta responsabilidade radica no Direito Romano, que considerava responsável o médico quando a morte do paciente resultasse de sua imperícia<sup>2</sup>.

A jurisprudência firmada sobre responsabilidade médica tem seus inícios na França, no primeiro quartel do século passado.

Contrariando inúmeros pareceres da Academia Francesa de Medicina, posicionada favoravelmente à não-responsabilização dos médicos por erros profissionais, a não ser quando houvesse intencionalidade no dano ou intenções criminosas, lograram os Tribunais daquele país firmar uma jurisprudência, ao longo dos anos, na qual tem sido enfatizado que o médico, como profissional, está sujeito às sanções da lei, e que, ao aplicá-las, devem ser os Tribunais prudentes, a fim de não se configurarem injustiças<sup>3</sup>.

A atividade do médico, como de regra, a de toda a pessoa que exerce uma profissão liberal, é sobremaneira complexa, porquanto as prestações profissionais ou a forma como a exercem, muito variam.

Considerando esta complexidade, a determinação da natureza jurídica da responsabilidade médica leva-nos às ponderações que seguem: na maioria dos casos, a natureza desta responsabilidade é contratual, ainda naquelas situações em que o médico assista ao doente gratuitamente. Em certas circunstâncias, e, tendo em vista algumas especialidades, a natureza da responsabilidade médica poderá ser de caráter extracontratual ou aquiliana, quando, na ausência de contrato, aja o médico com negligência ou imperícia, no tratamento, ou o recuse à pessoa em situação de perigo iminente ou, ainda, em se tratando de menor, responsáveis não se tenham manifestado a respeito do tratamento ou dado consentimento para determinado ato cirúrgico<sup>4</sup>.

No que respeita este tema, o Direito Positivo brasileiro regulou a responsabilidade médica em dispositivo incluído entre aqueles que concernem à responsabilidade aquiliana, o art. 1.545 do CC<sup>5</sup>.

Não obstante isto, predomina, entre os doutrinadores, a idéia de que tal fato não importa na negação da existência de um contrato entre o médico e seu cliente<sup>6</sup>.

Na relação médico-paciente, tem aquele a seu cargo uma obrigação de diligência ou de meios, e não obrigação determinada ou de resultado. Ao aceitar assistir ao doente, assume o médico a obrigação de dar-lhe um tratamento

adequado, isto é, conforme os dados atuais da ciência, segundo os recursos postos a sua disposição no local da atuação e ainda segundo as condições específicas e pessoais do doente. O médico não se obriga, portanto, a curar o doente, ele assume, isto sim, a obrigação de prestar meios adequados, de agir de maneira diligente e aplicando todos os seus conhecimentos e recursos disponíveis, a fim de obter êxito, o qual é estranho ao objeto mesmo da obrigação assumida, e, em muitos casos, v.g., em se tratando de doenças incuráveis, de antemão inatingíveis<sup>7</sup>.

A regra de que a obrigação do médico é de meios, comporta algumas exceções, fundadas em certas especialidades, como cirurgia estética, anestesiologia e reanimação, Farmacologia e Medicina Legal.

É de ser ressaltado que, com relação à cirurgia estética, encerra esta especialidade duas atividades, distintas entre si, quais sejam a cirurgia estética, propriamente dita, e a cirurgia reparadora, estando o cirurgião, no primeiro caso, sujeito a uma obrigação de resultado e, no segundo, a uma obrigação de meios. Se o médico não tiver condições de assegurar, ao paciente de uma cirurgia puramente estética o resultado almejado, deverá abster-se de realizar o ato cirúrgico<sup>8</sup>. Em se tratando desta especialidade, portanto, os deveres de informação e de vigilância tem sua observância exigida de forma rigorosa.

Em tempos mais recuados, a Medicina era uma "arte" relativamente simples, porquanto, desprovida de rigor científico e, na falta dos conhecimentos que hoje possuímos, ela desenvolvia uma série de "tática", lutava diretamente contra doenças, atacando o mal constatado pelo recurso aos remédios, então disponíveis, pelos regimes e tratamentos. Hoje, a Medicina desenvolve não mais uma "tática", e sim uma "estratégia"<sup>9</sup>. No emprego, portanto, de um tratamento ou processo operatório, como adequado ao tipo de enfermidade a ser debelada, utiliza o médico uma "técnica" determinada<sup>10</sup>. Assim sendo, é de suma relevância, a influência, sobre a responsabilidade médica, dos progressos da técnica, que permite o prolongamento da vida humana, o alívio para muitas dores e a cura dos mais variados males que, desde sempre, afligem o ser humano. Ao aplicar no seu paciente certa técnica, detêm o médico um singular poder, o de atuar sobre o corpo do doente, de decidir qual a técnica a ser utilizada, proporcionando-lhe uma maior segurança na busca de seu objetivo, qual seja a saúde do enfermo.

Antes de consentir a um homem a possibilidade de utilizar técnicas médicas em outros seres humanos, impõe-lhe a lei certas aptidões e conhecimentos específicos, verificados em um curso regular de Medicina, constituindo o diploma médico apenas uma introdução na profissão. Com isto quer-se demonstrar que a técnica médica, progredindo sem cessar, impõe a todo profissional nesta área, o dever de acompanhar, de forma permanente, o seu desenvolvimento, tendo em vista o interesse dos seus pacientes. Deve o médico ter pleno domínio não somente das técnicas adquiridas durante o seu curso universitário, como, igualmente, o daquelas contemporâneas a cada um de seus atos profissionais.

Expandidas todas estas considerações em torno da profissão médica e da forma como é visualizada pelo Direito, fácil é perceber a importância de que se reveste o estudo da responsabilidade civil do médico, dadas as conseqüências advindas de um erro médico, já que a sua repercussão ocorre no plano de saúde, que, juntamente com a vida, constitui um dos maiores bens do homem. Um dano à saúde dificilmente poderá ser plenamente reparado, pois não há como reconstituir um membro amputado ou uma vista destruída, diversamente do que ocorre no âmbito dos prejuízos de cunho material, quando se pode repor ou consertar o que foi destruído ou danificado. Considerando os aspectos peculiares do exercício da profissão médica, podemos afirmar que, exceção feita aos países hispano-americanos, talvez não haja, no momento atual, profissão mais visada pelas normas legais do que a de médico, sobretudo nos Estados Unidos da América do Norte, onde os Tribunais adotam medidas mais rigorosas do que as existentes em outros países, para sancionar a violação de deveres profissionais médicos, tanto contratual, como extracontratualmente<sup>11</sup>.

No decorrer deste estudo, faremos uso do método comparatista, tendo como referência o ordenamento jurídico francês, que, tendo atingido grande desenvolvimento no que tange à responsabilidade civil de modo geral, se destaca no plano da responsabilidade civil do médico.

Dada a especificidade do tema, optamos pela não-abordagem da responsabilidade civil dos outros profissionais da área médica, v.g., dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e parteiras.

O presente estudo está dividido em duas partes, sendo que, na primeira delas, trataremos da responsabilidade do médico por ato próprio e, na segunda, a responsabilidade deste profissional por fato de terceiro e por fato de coisa.

## I. A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO POR FATO PRÓPRIO.

A responsabilidade individual do médico é, a priori, contratual, ou pelo menos é dominada pelo trinômio culpa, dano e nexos de causalidade. Em se tratando de um direito profissional, estes três clássicos pressupostos da responsabilidade civil não se apresentam de forma idêntica à da responsabilidade ordinária.

A consideração da natureza da responsabilidade médica como contratual não tem como efeito tornar presumível a culpa. É ao paciente, ou, se for o caso, a seus familiares que incumbe demonstrar a inexecução da obrigação, por parte do profissional. Provada a culpa do profissional com relação aos cuidados dispensados ao doente, será aquele constrangido à reparação do dano causado<sup>12</sup>.

## **1. As Peculiaridades da Culpa Médica.**

### **a) Critério de avaliação**

A culpa médica, pelas características de que se reveste, na sua consecução, é de difícil comprovação, porquanto, a demais de secreta, reveste-se de características demasiado técnicas em geral.

Os obstáculos existentes para a comprovação de uma culpa médica repousam, entre outros, nos seguintes fatores:

#### **1 - A natureza confidencial das relações médico-paciente:**

Normalmente, este relacionamento é de natureza estritamente confidencial, sem testemunhas, sem documentos, a não ser a receita na qual são prescritos determinados medicamentos. Torna-se, portanto, bastante difícil, para o doente obter a prova dele exigida, quando pretende que o médico não o advertiu dos riscos da operação aconselhada.

#### **2 - O silêncio daqueles que assistem ou que participam do ato médico:**

A solidariedade existente entre os participantes de uma equipe, inspira-lhes uma discrição atenta a respeito de um culpado, eventualmente cometida, por algum dos seus membros. Quem, pois, além destes, pode revelar ao prejudicado esta culpa e trazer a prova testemunhal aos julgadores? A sala de cirurgia "é um lugar secreto, cerrado, onde impera a lei do silêncio, onde existem vínculos de amizade, mas o que predomina é uma terrível hierarquia!"<sup>13</sup>

#### **3 - Aspecto demasiado técnico da maioria das culpas médicas danosas:**

Os juristas, como leigos em matéria médica, muitas vezes, não têm condições de apreciar, de maneira correta, uma culpa médica, recorrendo, então, aos préstimos de um médico perito. Este, membro da mesma classe profissional, será apenas relativamente sincero em sua apreciação a respeito da conduta de seu colega<sup>14</sup>.

Questão deveras importante é a concernente à forma como é apreciada a culpa médica. Pode-se afirmar que sempre foi em abstrato. Para verificar se o médico agiu com culpa, ha que comparar o seu comportamento com o de outro médico na mesma categoria.

Nesta apreciação, três fatores são relevantes. Em primeiro lugar, não se pode exigir de um médico, radicado no interior, o conhecimento de técnicas

e práticas atualizadas, como se exigisse de seu colega, vivendo em centro urbano, tendo a sua disposição um centro médico completo e moderno.

Em segundo lugar, o erro de diagnóstico não se constitui, de forma generalizada, em uma culpa. E, por fim, a situação de emergência determina uma modificação na avaliação desta culpa.

Apesar da problemática que envolve a produção de uma culpa médica, é preciso prová-la. Para tanto, tem o julgador recursos outros, além dos já referidos (testemunha, perito), quais sejam a perquirição de indícios, suficientemente lógicos e fortes, para conduzi-los à convicção legítima<sup>15</sup>.

## **b) A violação dos deveres específicos aos médicos.**

Assentada no conceito de responsabilidade contratual, enumera a doutrina deveres médicos, cuja violação acarreta a responsabilidade do profissional.

Estes deveres se classificam em:

### **1 - Deveres de conselho.**

#### **1.1 - Orientação a respeito do tratamento.**

Tem o médico o dever de orientar o enfermo ou as pessoas de cujo cuidado este depende, acerca do procedimento correto, para que o doente recupere a saúde ou apresente, conforme o seu estado, pelo menos, um quadro estável, sem sofrimento e desconforto. Cabe a orientação, não só quando esteja internado o paciente, como também quando o tratamento seja ambulatorial ou domiciliar.

#### **1.2 - Indicação, quando necessário, de especialista ou cirurgião:**

É deveras relevante que o médico indique o especialista u cirurgião em tempo oportuno, pois, se o fizer tardiamente, as conseqüências poderão ser graves ou irreversíveis<sup>16</sup>.

#### **1.3 - Informação acerca dos riscos do tratamento ou do ato cirúrgico.**

Este dever circunscreve-se à informação sobre os riscos mais comuns, os que muito raramente ocorrem dispensam enumeração, a não ser em se tratando de cirurgia puramente estética (17) ou do chamado "risco residual", o qual pode ser evitado, quando o paciente houver sido alertado sobre a probabilidade de sua ocorrência (18).

#### **1.4 - Informação, quando se trate de doença grave, sobre o estado real do paciente e a evolução da doença, ainda que exista um prognóstico de irreversibilidade do quadro apresentado.**

É importante salientar que existe unanimidade no sentido de comunicar aos familiares do doente a possibilidade de ocorrência de óbito, face a gravidade da doença ou das condições do paciente. Quanto à comunicação ao próprio paciente, dividem-se as escolas médicas, sendo que a América do Norte preconiza que este anúncio deve ser feito ao enfermo, a fim de que possa dispor, como melhor lhe convier, de seus últimos dias.

## **2. - Deveres de assistência e cuidado.**

### **2.1 - Abstenção de abusos e desvios de poder:**

Constituem-se os abusos, mediante a realização de experiências médicas em pacientes, sem seu consentimento, tratamentos arriscados e cujo êxito seja duvidoso<sup>19</sup>.

### **2.2 - Abandono do doente:**

Neste plano se insere o problema da definição do que constitui, em termos precisos, abandono de um doente. Trata-se de questão de fato, a ser examinada caso a caso, assim sendo, estabeleceremos o que não se considera como tal.

O não-atendimento a chamado, por exemplo, nem sempre configura situação de abandono do doente, desde que o médico não atenda a domicílio. Neste caso, deverá indicar a um colega ou assistente, a fim de atender ao enfermo.

Na condição de profissional liberal, pode o médico não aceitar assistir a um doente<sup>20</sup>. Diversa, contudo, é a situação do médico que exerce em hospital público ou integrante de rede de previdência social.

### **2.3 - A vigilância pré e pós-operatória:**

É necessária esta vigilância, pois, durante estas fases, riscos existem e acidentes podem ocorrer, como por exemplo, acidentes respiratórios, problemas cardíacos, etc.<sup>21</sup>.

A Corte de Cassação francesa vem, há anos, insistindo, em suas decisões, sobre a necessidade de evitar-se o que denominam "vazio médico", ou seja, o enfermo não pode ser deixado a sós, abandonado e, a fim de evitar a ocorrência de um "vazio" na cadeia de atos médicos, a Corte decide que a mesma obrigação recai sobre vários médicos<sup>22</sup>.

### **2.4 - A permanente atualização:**

O fato mais marcante da atividade de um profissional é o da sua especialização, pois ela acarreta um aumento no grau de exigência no desempenho de seu mister. No caso específico dos médicos, o grau de competência e de diligência que se requer em um especialista é muito maior do que em relação

a outro. Assim, um erro que seria escusável em um outro médico, não o será em se tratando de especialista.

O Código de Ética Médica, em seu art. 5º, dispõe que o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente<sup>23</sup>.

A Corte de Cassação francesa, por sua vez, exige do médico "cuidados conscienciosos e atentos", e salvo casos excepcionais, conforme os dados atuais da ciência<sup>24</sup>. Faz-se a exceção, quando tratar-se de médico interiorano.

## **2. O Dano médico e suas características**

Para que o médico possa ser responsabilizado, é preciso que sua ação, a prática de ato próprio de seu mister, cause ao doente um dano.

A responsabilidade civil, como se sabe, consiste na reparação de um prejuízo sofrido pelo queixoso. Quando se trata de dano médico, entretanto, a situação é distinta daquele em que o dano se produz, apenas, no plano material, ou mesmo moral, sem afetar à saúde do prejudicado.

### **a) Quando o dano não suscita responsabilidade**

Tendo em vista a condição humana, pela qual está o homem destinado a sofrer e morrer, o fracasso na realização dos objetivos médicos não implica, por si mesmo, causa de dano ao enfermo. O médico, no exercício de sua profissão, luta incessantemente contra esta condição; os seus atos com relação ao paciente, visam a melhorar seus estados de saúde, empregando, neste objetivo, todos os seus conhecimentos e máxima diligência. O fato de existir, comprovadamente, esta condição, não exime, contudo, o médico de responsabilidade, pois, ocorrendo falhas nestes cuidados, tem o paciente o direito de obter indenização pelo prejuízo sofrido. Para tanto, deverá demonstrar a culpa do médico e seu caráter determinante no fracasso do tratamento ou do ato cirúrgico, ou seja, que o dano sofrido tenha resultado de culpa do facultativo.

Outro aspecto a ser ponderado é o que concerne ao agravamento do estado do doente após intervenção cirúrgica ou tratamento orientado pelo médico. Este fato, por si só, não constitui causa de responsabilidade para o médico, porquanto, além de constituir-se a obrigação do médico em obrigação de meios, há que levar-se em consideração as condições do paciente, tanto as preexistentes ao ato cirúrgico, como as pós-operatórias, quando cada paciente reage de maneira distinta a uma intervenção ou tratamento. A jurisprudência francesa tem recusado, sistematicamente, levar em conta as "predisposições mórbidas da vítima", como fator de diminuição de responsabilidade, considerando que, tendo o dano duas causas, a culpa do acusado e a ocorrência de um acontecimento, que não possa ser imputado a alguém, o responsável deve uma reparação integral<sup>25</sup>.

Na verificação da existência de um dano, produzido por ato médico, avalia-se, igualmente, o fator risco, de vez que o exercício da profissão médica é uma constante assunção de riscos. Todo ato médico comporta risco, porquanto, ocorrendo circunstâncias imprevisíveis, a mais banal injeção, o mais brando analgésico, são suscetíveis de graves conseqüências. Nestas condições, não será o médico responsável, porquanto tais causas são estranhas à culpa médica<sup>26</sup>.

Tão relevante é este fator que, existindo para o doente um risco, conseqüência de ato médico, e, sendo este risco previsível, ainda assim o médico não será responsável se um dano ocorrer, uma vez que, ao realizar legítima apreciação das circunstâncias, tenha ele provocado este risco a fim de evitar um mal maior ou mesmo a morte.

### **b) A questão da "perda de uma chance"**

Constitui um tipo especial de prejuízo. O problema da perda de uma chance só pode ser invocado quando ela preexiste (sem que se possa afirmar, com certeza, que a cura é possível ou que, ao contrário, é impossível) à intervenção culposa do médico.

Concretiza-se a perda de uma chance quando determinado acontecimento não ocorreu, mas poderia ter ocorrido, por si mesmo ou através de intervenção de terceiro. O evento teria sido possível, mas a atuação do médico tornou-o impossível, provocou a perda de uma chance.

Há décadas, a Corte de Cassação francesa considera reparável a perda de uma chance, pois se a reparação neste casos não existisse, não haveria justiça.

De acordo com este entendimento, os Tribunais daquele país recorrem à noção de perda de uma chance quando subsistem dúvidas sobre o nexo da causalidade entre a culpa e o dano, ou o agravamento do dano. Admite-se a reparação apenas se, pelo menos, ficar estabelecido que a culpa teve como efeito a perda, para a vítima, das suas chances de evitar o dano, ou o seu agravamento, aumentando os riscos que preexistam à intervenção culposa ou mesmo fragilizando a vítima<sup>27</sup>.

O Direito brasileiro não considera indenizável a perda de uma chance, pelo menos não com o sentido atribuído a este conceito pelos Tribunais franceses<sup>28</sup>.

### **3. O nexo de causalidade**

Em tema de responsabilidade civil, desempenha a causalidade relevante papel, a fim de estabelecer-se a relação entre o dano e o fato, para que este seja causa daquele. No âmbito específico da responsabilidade médica, busca o julgador estabelecer a relação entre o ato médico culposo e a conseqüência danosa para

o enfermo. Verificadas as três condições da responsabilidade, deve o médico indenizar o paciente.

Estabelecer, com propriedade, o nexo de causalidade, em matéria relativa à responsabilidade médica, não constitui tarefa fácil, pois, devido a fatores aqui apontados, como a complexidade das culpas médicas, seu aspecto eminentemente técnico, a dificuldade em obter-se prova direta dos fatos exigem atitude cautelosa e reflexiva por parte do julgador para que injustiças não ocorram.

Os Tribunais franceses têm-se socorrido, quando persistem dúvidas, e, relação ao nexo de causalidade, da noção de "perda de uma chane", no que dizer do Prof. Jourdain, "um útil paliativo nestes casos".

Isto não significa, contudo, falta de controle acerca da certeza sobre o nexo de causalidade, mesmo quando se trate de perda de uma chance<sup>29</sup>.

#### **4. A responsabilidade do médico pela violação de um dever legal.**

Além das obrigações que derivam do contrato entre médico e paciente, está este profissional sujeito a certos comportamentos de natureza cogente, impostos pelo legislador, e que regulam o seu agir em determinadas circunstâncias, v.g. na realização de autópsias, na prática de abortamento terapêutico e nos enxertos de córnea, a obrigatoriedade de declarar a existência de pessoa, sob seus cuidados, portadora de doença contagiosa, prescrições quanto à aplicação de vacinas e desinfecções, estando os últimos deveres integrados nos serviços gerais de saúde pública. Além disto, estão os médicos sujeitos ao Código de Ética Médica (30), à Lei n. 3.268, de 30.9.57, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e seu regulamento, bem como às normas relativas ao exercício da profissão médica, de cunho internacional<sup>31</sup>. Dentre os deveres a que estão sujeitos os médicos, merece ser destacado o de sigilo profissional, cuja fonte encontramos no art. 154 do CP<sup>32</sup>, tendo o art. 11 do vigente Código de Ética Médica idêntica vedação com pertinência ao segredo profissional<sup>33</sup>.

Em certas circunstâncias, entretanto, impõe o legislador ao médico o dever de comunicar à autoridade competente crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da Medicina ou de outra profissão sanitária<sup>34</sup>. O dever, no caso, é o de revelar segredo profissional.

No plano civil, o dano produzido pela violação do segredo médico constitui ofensa a direito personalíssimo, que o direito à intimidade. São ressarcíveis danos materiais e morais.

O ato médico, por sua natureza, requer a participação de dois seres humanos, o seu agente e o seu sujeito, o médico e seu paciente, estando, como já vimos, a responsabilidade do médico fundada na culpa, tanto no âmbito contratual, como no extracontratual. Este mesmo ato médico, excepcionalmente, dá lugar

à responsabilidade sem culpa, quando o médico é chamado a responder pelo fato de outrem ou pelo fato de coisa.

## **II. A responsabilidade civil do médico pelo fato de outrem e pelo fato de coisa**

### **1. A responsabilidade pelo fato de outrem**

À medida que progrediu a técnica médica, que os diferentes ramos da Medicina admitem mais e mais especialidades, que o desenvolvimento da ciência e suas descobertas passam a ter aplicações na Medicina, e novos instrumentos e sofisticados aparelhos são construídos, impõe-se, para o êxito de muitas intervenções cirúrgicas, ou de tratamento complexos, que se formem equipes médicas, onde o concurso de várias pessoas, cada uma dentro de sua especialidade, dominando uma técnica diferente, possa contribuir para os objetivos colimados, quais sejam a saúde e o prolongamento da vida.

A circunstância de um médico querer formar uma equipe, ou mesmo, a de necessitar de uma, faz surgir, com relação à Medicina, um espaço bastante amplo, um vasto campo para a incidência de responsabilidade pelo fato de outrem.

Nestes estudos abordaremos dois aspectos em que se configura a responsabilidade pelo fato de outrem, quais sejam a substituição entre profissionais e a relação cirurgião-anestesiologista.

#### **a) A substituição entre profissionais.**

É por todos reconhecido que existe uma responsabilidade contratual pelo fato de outrem todas as vezes em que um devedor contratual subordina um terceiro na execução total ou parcial de sua obrigação.

No que respeita à substituição entre médicos, ela pode ocorrer de duas formas:

a.1. Com relação aos cuidados devidos pelo médico a seu paciente existe a possibilidade de substituição por outro médico, como ele, capaz de atos médicos, atuando de forma independente, diretamente vinculado ao doente. Em tais circunstâncias, não haverá responsabilidade do médico que se faz substituir, face à inexistência de relação entre os dois profissionais.

a.2. Diversa será a situação se o médico, ao valer-se de um colega de profissão, subordine a atuação do substituto à sua direção, o que resultará em responsabilidade por fato de terceiro, caso o substituto incidir em culpa ao tratar do paciente.

A substituição, nos termos acima descritos, suscita indagação sobre a responsabilidade de um médico ser considerado como preposto de outro, no exercício de sua profissão, sobretudo face ao disposto no art. 8º do Código de Ética Médica, que assegura "liberdade profissional" aos que exercem a Medicina<sup>35</sup>.

Face ao que acabamos de ponderar, duas poderão ser as soluções para verificação da responsabilidade, se de um ou outro dos médicos, do substituto ou do substituído.

Examinemos, em primeiro lugar, a hipótese de admissão de vínculo do médico substituto, em relação ao substituído, na condição de preposto deste, ainda contrariando o princípio da independência profissional<sup>36</sup>.

Em tais circunstâncias e, face ao princípio geral que rege a matéria da responsabilidade por fato de terceiro, qual seja o de que o encarregado de realizar algo por conta de outrem, acarreta a responsabilidade contratual do devedor<sup>37</sup>. O responsável por eventuais danos ao paciente seria o substituto, na sua condição de preponente<sup>38</sup>.

A doutrina francesa, com o fito de "suavizar" o impacto causado pela admissão de uma relação de subordinação entre médicos, entende que, nestes casos, aplica-se a teoria do "comitente ocasional". Segundo o qual pode ser considerada como preposto a pessoa que, sem estar vinculada ao comitente ocasional por vínculo permanente, habitual e constante de subordinação, encontra-se colocada em uma situação tal que recebe ordens e instruções, no caso, de um médico ao qual substitui<sup>39</sup>.

A segunda hipótese a ser estudada é a solução do problema da substituição, quando não se admite a subordinação entre médicos, dada a autonomia profissional resultante da norma do art. 8º, já referida, do Código de Ética Médica.

Colocada nestes termos a questão e não existindo contrato entre paciente e médico substituto, este responderá com fundamento na responsabilidade aquiliana, pelos danos resultantes de sua atuação.

Existe, ainda, a possibilidade de o médico empregar, por sua conta, pessoal auxiliar, no sentido médico do termo ou, com o objetivo de desempenhar cuidados de cunho material, auxiliares do hospital.

Se os cuidados deste pessoal integram os que ele, médico, deve ao doente em virtude de contrato, responderá pelas culpas dos contratados.

## **b) A relação médico-anestesiista**

No âmbito da responsabilidade civil do médico, o recurso à "responsabilidade indireta", ou seja, por fato de terceiro, foi largamente utilizada a partir do momento em que desenvolvimento da técnica e do progresso da cirurgia em geral determinou a necessidade de formação de equipes cirúrgicas.

Sabemos todos que o ato cirúrgico é um ato grave, mais grave do que a maioria dos atos médicos, pois envolve uma agressão à integridade física do doente, além de produzir, caso não seja corretamente efetuado, sequelas muitas vezes irreparáveis. Disto resulta a exigência de a equipe ser constituída por pessoas, todas elas, altamente especializadas.

Face à constatação da existência de uma equipe médica, formada em torno de determinado cirurgião, resta-nos estabelecer em que termos se estabelece o relacionamento entre os seus componentes, sobretudo no que tange à figura do anestesiista.

O estudo deste tema deve ser feito à luz da evolução desta especialidade médica, que é a cirurgia.

Em épocas mais recuadas, o cirurgião realizava as internações de forma "artesanal", não existindo anestesia, o doente era imobilizado, durante o ato cirúrgico, à força, por circunstâncias<sup>40</sup>.

A aparição de equipes médicas, tais como as entendemos hoje em dia, é relativamente recente, devendo-se isto, como já salientamos, ao progresso da ciência e da técnica médicas.

Durante longo tempo, o entendimento da doutrina e da jurisprudência foi no sentido de considerar o cirurgião como único responsável pelos danos sobrevindos ao paciente em consequência do ato cirúrgico. Esta concepção se funda em dois fatos: em primeiro lugar, por ser o cirurgião a figura dominante, dentro da equipe, a ponto de obscurecer a todos os demais<sup>41</sup>, e a equipe ter sido formada, justamente, para assistir, auxiliar o cirurgião, personagem central da cena que envolve uma cirurgia, além de existir, via de regra, um contrato entre médico operador e o paciente.

Em segundo lugar, não havia sido ainda atingido o alto grau de desenvolvimento e especialização médica, que hoje se verifica, de tal modo que era possível ao cirurgião manter o controle e coordenar todas as ações dos membros de sua equipe, durante a realização de uma operação, inclusive a atuação do anestesiista.

Concentrava-se, portanto, a responsabilidade sobre a cabeça do cirurgião, pois somente ele havia contratado com o doente.

Em um momento posterior, tendo como origem o crescimento, dentro da equipe, do papel desempenhado pelo anestesista, verificou-se a "dissociação das responsabilidades entre o cirurgião e o anestesista". É ao que estamos hoje assistindo, porquanto, dentre as especialidades médicas, poucas tenham evoluído como a anestesiologia. Considerado como auxiliar do cirurgião, trabalhando sob suas ordens, e sendo esta tarefa muitas vezes desempenhada por enfermeiras, passou hoje em dia, o anestesista a ocupar posição de destaque no ato cirúrgico, em igualdade com o cirurgião.

O tratamento da problemática que envolve a relação cirurgião-anestesista tem suscitado opinião e decisões divergentes na jurisprudência francesa, que vem decidindo no sentido de admitir a completa autonomia do anestesista e, conseqüentemente, sua responsabilidade exclusiva, com relação a preparação do enfermo e, sobretudo, no que concerne aos cuidados pós-operatórios<sup>42</sup>.

Os danos produzidos ao paciente, vítima de uma falha atribuída ao anestesista, no curso da realização da cirurgia, deve ser reparados pelo cirurgião e pelo anestesista, pois, segundo os Tribunais franceses, "a noção de direção e de responsabilidade do cirurgião não deve ser sistematicamente afastada"<sup>43</sup>.

Outras decisões consideram o anestesista responsável, antes, durante e após o ato cirúrgico, com fundamento no fato de esta especialidade médica proporcionar ao cirurgião a liberação do encargo de controlar o adormecimento do paciente, as suas condições durante o ato cirúrgico, o seu despertar, e tc.<sup>44</sup>.

## **2. A responsabilidade pelo fato de coisa: instrumento ou aparelho utilizado pelo médico.**

No exercício de sua profissão, e tendo em vista os objetivos a serem atingidos, quais sejam a cura dos enfermos e o prolongamento da vida humana, é dotado o médico de liberdade, no sentido de decidir, de acordo com a sua consciência e conforme os seus conhecimentos, a respeito de qual o tratamento, qual o instrumento mais adequado à situação concreta.

Haverá responsabilidade civil quando o médico, ao utilizar-se desta liberdade, de que é dotado para melhor desempenhar seu mister, dela fizer um mau uso, resultando, para o paciente, um dano.

### **a) A utilização de um aparelho para a prática do ato médico.**

O ato médico, em sua essência, ato humano e pessoal, obriga seu agente a uma reparação apenas na circunstância de uma culpa no desempenho de sua atividade.

Assim sendo, a utilização normal de um aparelho, v.g., de um bisturi elétrico, de um aparelho emissor de radiações, de uma bomba de cobalto, enfim,

de qualquer tipo de instrumento necessário à prática do ato médico é considerada como uma opção adequada a melhor consecução do tratamento ou intervenção, ou seja, constitui expressão da liberdade de que é titular o médico, no sentido de selecionar técnicas e meios na busca de seus objetivos. O ato médico, portanto, é realizado mediante estes instrumentos e, por conseguinte, a falta de êxito na cura ou no tratamento não pode ser causa de responsabilidade para o médico, a menos que o médico tenha incidido em culpa. A utilização do objeto confunde-se com o ato médico.

### **b) Defeitos ou vícios do aparelho: uma questão de mecânica**

Na hipótese de ocorrer um acidente, distinto do ato médico em si mesmo, cuja causa resulta de um vício, um defeito no mecanismo do aparelho, haverá responsabilidade do médico, independente de sua culpa. Neste caso, a situação é distinta da referida anteriormente, eis que o acidente produtor do dano tem origem em um vício do próprio mecanismo do aparelho médico, cujo funcionamento deu-se de forma anormal. O fato danoso produzido em consequência de defeito do aparelho, afasta a imunidade à responsabilidade de que é detentor o médico, quando se trata de decisões sobre o tratamento ou técnicas, ou seja, quando diga respeito ao uso de sua liberdade. Não se discute neste aspecto uma questão jurídica, sim uma questão de mecânica, disse o professor Savatier<sup>45</sup>, e não há por que conceder ao médico uma imunidade relacionada à responsabilidade por fato de coisa defeituosa, quando ela, responsabilidade, incumbe a todos os que manipulam instrumentos defeituosos.

A natureza desta responsabilidade, é sem dúvida, contratual, porquanto o médico, ao empregar determinado aparelho garante contratualmente ao cliente a segurança do aparelho e, da mesma forma que um vendedor, responde pelos danos resultantes de acidente causado pelos vícios da coisa. Tem o médico, no caso, uma obrigação de resultado para com seu cliente, qual seja a de não servir-se de aparelho defeituoso, capaz de produzir danos.

Ao fazer uso destes aparelhos, multiplica o médico os riscos que pesam sobre o doente, o qual, se vier a ser lesado, não pelo ato médico em si mesmo, mas por acidente causado pelo aparelho defeituoso, poderá obter reparação sem necessidade de provar a culpa do médico<sup>46 e 47</sup>.

## **REFERÊNCIAS**

(1) - ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. Responsabilidade Médica. José Konfino Editor, Rio de Janeiro, 1971. BLOISE, Walter. A Responsabilidade Civil e o Dano Médico. Forense, 1987. CHABAS, François. Bilan de quelques années de Jurisprudence em matière de rôle causal. Recueil Dalloz Sirey, 1970, p. 113, Chr. XXV - Curso sobre Responsabilidade Civil dos Profissionais. Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1988. Notas das Conferências. Inédito. COSTALES, Javier Fernandes. El Contrato de Servicios Médicos. Ed. Civitas S.A. Madrid, 1988, 1ª edición. COUTO e SILVA, Clóvis V. Principes Fondamentaux de la Responsabilité Civile en Droit Brésilien

et Comparé. Cours fait à Paris, à la Faculté de Droit et Sciences Politiques de St. Maur (Paris XII), 1988 (Datilog.) Porto Alegre. DIAS, José De Aguiar. Da Responsabilidade Civil. Vol. 1, 7ª ed. Forense, Rio de Janeiro, 1983. DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil Brasileiro, Responsabilidade Civil. Vol. 7, 2ª ed. São Paulo, 1986. DURRY, Georges. Le Médecin ne commet pas de faute en n'attirant pas l'attention du malade par les risques exceptionnels présentés par le traitement prescrit. Rev. Trim. Dr. Civ. 1974, p. 618. Comm. - La Nature de L'obligation du dentiste qui réalise une prothèse., Rev. Trim. Dr. Civ. 1974. FAVERO, Flaminio. Segredo Médico e Abortamento Criminoso. RT. 314/849, 1961. FRAGA, Francisco Jordano. La Responsabilidad Contractual. Editorial Civitas S.A., Madrid 1ª Edición, 1987. FRANÇA, Genival Veloso. Direito Médico. Fundo Editorial Byra. 4ª edição, 1987. GLICKOW, Emilio Maya. Remoção de Paciente Parecer CJ n. 18/85. Publicada in Jornal do CREMERS. ghestin, J. et VINEY G. Traité de Droit Civil; les obligations. Paris, 1982. Tome IV. JOURDAIN, Patrice. Usage et abus de la notion de perte d'une chance. Rev. Trim. Dir. Civ. Janvier Mars, 1989, p. 85. MAGALHÃES, Tereza Ancona Lopez de. Responsabilidade Civil dos Médicos. in Resp. Civil, Doutrina e Jurisprudência. Saraiva, 1988, 2ª ed. MALINVAUD, P. La Protection des Consommateurs. La Responsabilité Civile du Professionnel. Recueil Dalloz, 1981. Chr. VIII. MAZEAUD, H. et L. Traite Théorique et Pratique de La Responsabilité Civile. Tome premier. Quatrième édition. 1974, Librairie du Recueil Sirey. Prédilection ans morbides de la victime. Rev. Trim. Dir. Civ. 1957, LV, 534. MENGONI. Obligationi di risultato e obbligazioni di mezzi. R.D.C. 1954. MESTRE, Jacques. L'activité contractuelle des médecins. Rev. Trim. Dr. Civ., 1989, 309. MIGNON, M. Le Fondement Juridique de la responsabilité civile des médecins et chirurgiens. Recueil Dalloz, 1950. MORGAN, Thomas, The Envolving Professional Responsibility. Haward Law Review, vol. 90, 1977, P. 702. NHA, Than Nguyen. L'influence des prédispositions de la victime sur obligations à reparations du défendeur à l'actions responsabilité. Rev. Trim. Dir. Civ. 1976 p.1. PENNEAU, Jean. Medicine. Responsabilité. Obligation de Renseigner. Etendue. Intervention chirurgicale. Risque résiduel. Grossesse. Recueil Dalloz. 1984. Jurisprudence, les cahiers. - Médecine. Responsabilité. Operation chirurgicale. Anesthésiste. Faute. Choix par le chirurgien. Effet. Recueil Dalloz. Jurisprudence, 1984, p. 149. PEREIRA SILVA, Calo Mário da. Responsabilidade Civil. Forense, Rio de Janeiro, 1989. p.158 e segs. PLANCQUEL. Obligations des Moyens et obligations de résultat. Rev. Trim. Dir. Civ., 1972, p.334 e segs. PONDE, Lafayette. Responsabilidade civil dos Médicos. Rev. Forense, 191, 1963, p. 30 e segs. REALE, Miguel. Código de Ética Médica. Parecer RT, 503, 47, 1974. RHODEN, Nancy. litigating Life and Death. Heaward Law Rev. Vol. 102, Dec. 1988, number 2, p. 375 e segs. TEXTOS DE LEI: CC Brasileiro. CC. Francês. CC Alemão. CC Espanhol. Código de Ética Médica (Resolução CFM n.1.246/88). JURISPRUDÊNCIA NACIONAL: RT, 231/676; 529/254; 545/73 549/72 556/190; 559/72 558/178; 566/191; 608/161; rjigs, 11/219; rj. 91/975. JURISPRUDÊNCIA FRANCESA; Cour de Cassation: ire. CH Civ. ler. abril, 1968, I, p. 563. Tribunal de Grande Instance de Montpellier: 21 décembre 1970. D. 171, p. 637. Cour de Cassation: ire. CH. Civ., 9 mai 1983, D. 1984, p. 121. Cour de Cassation: Ire CH. Civ., 18 Juillet 1983, D. 1984, p. 149.

(2) - Uma passagem do DIGESTO, Livro I, Título XVIII, fl. 6, § 7ª, dispõe que: "Sicut medico imputari eventus mortalitatis no debet: ita quod per imperitiam committit imputari ei debet".

(3) - Dentre as primeiras decisões a respeito, merecem ser destacadas duas delas, prolatadas, uma em 1825 e outra em 1835, quando os médicos que haviam causado dano a seus pacientes, por imperitos e negligentes, foram condenados ao pagamento de indenizações, sendo uma sob a forma de renda vitalícia (relato sucinto dos casos, ocorridos nas localidades de DROMFRONT e EVREUX, In Genival Veloso de França, ob. cit. p. 193 e segs.).

(4) - A responsabilidade do médico, com atenção ao seu paciente, é contratual, mas, tendo em vista a família deste, a natureza de sua responsabilidade será extracontratual. Destarte, todo descumprimento é constitutivo e uma culpa delitual tendo em vista terceiros. É a lição de DURRY: "Une faute contractuelle est, en même temps une faute délictuelle a l'égard des tiers. RTDC, 1984, p. 815.

(5) - Art. 1.545 do CC brasileiro: Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.

(6) - Posta em termos controvertidos, a natureza jurídica da responsabilidade médica, não obstante a sua localização no CC brasileiro, é considerada como contratual. É o que afirma Caio Mário da Silva Pereira, seguido por Aguilar Dias e Tereza A. Lopes de Magalhães. V. Caio Mário, ob. cit., p. 161.

(7) - O aleatório é fundamental em matéria de saúde. Assim sendo, a prática da Medicina o é igualmente, pois a realização do diagnóstico, operação dotada de características lógicas, é estabelecido na maioria dos casos, com escassa margem de erro, em outros, contudo, ainda que a premissa inicialmente estabelecida esteja correta, pode acontecer que, em determinado momento da evolução do caso, a sua solução fique na dependência exclusiva do fator "sorte", ou seja "álea". A respeito, ver Costales, J. ob cit. 72 e segs.

(8) - Neste sentido, tem a jurisprudência francesa adotado uma atitude de severo rigor, estabelecendo, em inúmeras decisões, que, pelo fato de um cirurgião praticar uma operação que comporte riscos, de certa gravidade, em um órgão completamente sadio com finalidade puramente estética, e sem que a mesma consista em uma imposição, uma necessidade, mesmo que não apresente alteração da saúde, em geral, do operado, constitui este fato uma culpa em si mesmo, não sendo bastante, por conseguinte, a observância dos deveres de diligência e prudência normalmente exigidos em um cirurgião. Conf. Savatier in Juris-Classeur, Fasc. XXX, n. 75 e 76, cit. por Costales, ob. cit. p. 86 e segs.

(9) - A utilização dos vocábulos "tática" e "estratégia" para designar a forma como atacavam os médicos as doenças nos períodos mais recuados de sua evolução como ciência, e o seu comportamento atual, face aos recursos de que dispõem, é de Savatier, art. cit., p. 37.

(10) - A técnica entendida como um conjunto de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinado a produzir certos resultados que se considerem úteis". Lalande, in Vocabulário técnico e crítico de Filosofia, Ed. El Ateneo, 1966, Buenos Aires.

(11) - Dados estatísticos a respeito do assunto, in França, Genival, ob, cit. p. 189.

(12) - A responsabilidade civil do médico ocorre exclusivamente de culpa provada, constituindo espécie particular de culpa. Neste sentido tem sido o entendimento dos Tribunais brasileiros, o que é comprovado pelas decisões unânimes da 2ª Câmara Cível do TJRJ, Relator Des. Felisberto, na RT, 558/178, 1982; da 6ª Câmara Cível do TJSP, Relator o Des. Oliveira Lima, na RT 613/46, 1986, da 3ª Câmara Cível do TJRS, Relator o Des. Egon Wilde, na RJTJRS, 129/274, 1988.

(13) - Conf. Professor Chabas em curso feito em Porto Alegre, agosto de 1989, sobre a Responsabilidade Civil dos Médicos. Manuscrito inédito.

(14) - O ideal seria a utilização dos serviços periciais do Departamento Médico Judiciário, pois seus serviços prestados gratuitamente, não sofre da eiva de espírito corporativista, pois foi criado para a realização de perícias médicas, não tendo, por conseguinte, a preocupação em salvar colegas de profissão". Apud Des. Luiz Melibio.

*Publicado em Ajuris, nº 55 1992.  
Transcrição autorizada*

# SIGILO MÉDICO E DOIS EXEMPLOS

*Odair de Floro Martins\**

As questões relacionadas ao segredo médico são motivos de freqüentes consultas aos Conselhos de Medicina, talvez as mais freqüentes. Algumas circunstâncias atuais da sociedade exarceberam a inquietação, reflexão e rediscussão do segredo profissional do médico, por exemplo: o Seguro e a AIDS.

O segredo médico é um monumental pilar sob o qual repousa grande parte do prestígio dos médicos e da Medicina. Protege o paciente que ao procurar alívio ou cura para seus sofrimentos, revelar confidências íntimas, que eram só suas; fraquezas e limitações que só ele conhecia; medos que escondia, vícios atuais ou inativos que ninguém sabia e só então compartilha com seu médico.

Tudo que foi revelado pertence ao paciente. Ao médico pertence a obrigação de guardar o segredo, do qual é depositário fiel. Não pode o médico entregar a terceiros aquilo que não lhe pertence.

Para o médico o sigilo não é privilégio, é ônus ou dever; para o paciente é direito, que só ele pode abdicar.

O conjunto de cidadãos que formam a sociedade precisam e exigem o sigilo profissional; o convívio harmonioso dos indivíduos não pode prescindir do segredo médico.

A Medicina para manter-se confiável e digna reconhece a ilimitada importância do segredo médico.

Ponthes afirmava: "Não há medicina sem confidências, não há confidências sem confiança e não há confiança sem segredos."

Não é só questão legal ou deontológica, é preceito de Honra, objeto de Juramento: "O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio de vida eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar conservarei o segredo".

Hipócrates se impunha segredo ao que se conhecia no exercício ou mesmo fora do exercício profissional. Atualmente constitui segredo médico tudo que os médicos conheçam por ver, ouvir ou deduzir em função de sua profissão. É portanto sigilo profissional.

No Brasil o Código Penal no seu art. 154 contempla o assunto. "Revelar alguém, sem justa causa segredo de que tenha ciência, em razão de função,

---

\* Vice-Presidente do CRM/PR. Médico da Disciplina de Medicina Legal e Deontologia Médica.

ministério, ofício ou profissão cuja revelação produzir dano a outrem. Pena - detenção de 3 meses a um ano ou multa de 1 a 10 mil cruzeiros".

O Código Civil também extema sua preocupação no art. 144 - "Ninguém pode ser obrigado a depor sobre fatos a cuja respeito, por estado ou profissão deve guardar segredo" - Idêntica preocupação aparece no Código de Processo Penal - artigo 207: "São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada quiserem dar seu testemunho".

O Código de Ética Médica dedica ao segredo médico um capítulo com oito artigos:

**Art. 102 - É vedado ao médico: "Revelar fato que tenha conhecimento em virtude do exercício de profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização 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.**

A obrigação do segredo não é facultativa, é absoluta. O segredo é em princípio inviolável; a quebra do compromisso constitui-se exceção.

As exceções são a autorização expressa do paciente e dois grupos de circunstâncias: primeiro "Justa causa" e segundo "dever legal".

Por **dever legal** entende-se o estrito cumprimento do dever contemplado na lei, por exemplo: preenchimentos do atestado de óbito, notificação compulsória de doenças infecto-contagiosas, laudo médico-legal, etc. **Justa Causa** não será especificada em lei; contempla por exemplo a legítima defesa, ou bem estar de terceiros ou interesses da coletividade; não tem definição, mas comporta conceito descritivo, abriga posições diferentes até conflitantes. É nessa vertente que surge o dilema ético, quando o médico tem que escolher, na encruzilhada, um dos dois caminhos com interesses divergentes. Frequentemente só o conhecimento e a consciência do médico podem incluir se a causa é justa; e nem sempre com absoluta segurança.

Examinemos um exemplo: O médico L. E. M. operou um paciente por hérnia discal; no decorrer da internação informou o paciente ser portador, há 2 anos, do vírus H. I. V., repetido o exame, confirmou-se a positividade. A companheira estava amamentando filho de 10 meses, para o qual pleiteava reconhecimento da paternidade. Exposta a situação epidemiológica, o paciente não permitiu revelar à companheira o mal que padece e que ela não sabe.

Consultou o CRM para conhecer a conduta mais prudente, adequada e nos limites da legitimidade.

Tal circunstância não encontra guarida no texto legal para classificá-la como "dever legal".

É dever legal notificar o diagnóstico à autoridade sanitária, não o é revelar a terceiros contra a vontade do paciente.

A notificação à autoridade Sanitária se refere a casos de "doenças de notificação compulsória" excluídas, portanto, os soros positivos "sem doenças". (Genival Veloso França - In. Direito Médico - 5ª edição - Pg. 138).

Não tem o médico o propósito de prejudicar o paciente, mas sabe que o mesmo sentir-se-á prejudicado e ofendido com a quebra do sigilo.

Para a parceira sexual e seu filho a revelação do diagnóstico se configura como legítima defesa. Estabelece-se então o conflito de dois bens de valores diferentes e conflitantes. No entender de Jeremiah Bentham e Stuart Mill o que for mais útil para o maior número de pessoas é eleita como a ação mais justa. Leve-se em conta, também que se a mulher e filho se revelarem H. I. V. negativos podem se proteger, afastando-se a mulher do contato sexual, exercendo legítima defesa da saúde e da própria vida.

Não comete infração ética o médico que em tais circunstâncias descumprir o sigilo profissional.

- Cometeria infração ética se permanecesse calado?

Situação diferente é enfrentada pelo Diretor do Serviço Médico do Banco do Brasil que recebeu do DD Juiz de Direito da Vara Cível em novembro de 1993, solicitação de cópia do prontuário médico de W. R. P., falecido em 15 de dezembro de 1986, para instruir demanda dos sucessores com o Bradesco Seguros relativo a indenização de seguro em consórcio de automóvel.

O prontuário arquivado no Serviço Médico do Banco do Brasil, contém informações confidenciais de toda uma vida; trabalhou 30 anos no Banco; quando foi admitido talvez nem a esposa e filhos tivesse. Quando contratou o consórcio e o seguro obrigatório incluso, já estava aposentado.

No entender da seguradora quando se aposentou poderia estar já doente e o prontuário com informações da vida pregressa poderiam isentar a empresa de arcar com a indenização.

Novamente o conflito de dois valores e interesses. Nessas condições o valor de preservar o segredo médico adquire imensa superioridade sobre a indenização do bem consorciado.

O segredo médico tem formidável valor moral para a medicina e para a sociedade; é universal e histórico; não tem preço. Enquanto que a indenização tem preço e pode não ter valor; é um bem material, não afeta a raça humana, apenas os interesses mercantilistas da empresa seguradora.

As informações constantes no prontuário não pertencem ao Serviço Médico do Banco do Brasil, pertencem ao falecido W. R. P.; o Diretor do Serviço não pode entregar o que não lhe pertence, mas que apenas está sob sua guarda e confiança.

Quando o Sr. W. R. P. deixou a instituição em virtude da aposentadoria levou do armário e gavetas todos os seus pertences, deveria ter levado seu prontuário médico; se assim o fizesse o responsável pelo Serviço Médico não estaria enfrentando um dilema ético. Responderia ao DD. Juiz de Direito que não pode enviar cópia do prontuário, pois não tem o original para copiar. Resta apenas o recibo da entrega.

A simples solicitação judicial não implica em dever legal ou justa causa. Tal decisão é de foro íntimo do detentor do segredo, que conhece a extensão das informações e as consequências da ruptura do sigilo.

Necessário por derradeiro transcrever o artigo 106 do Código de Ética Médica: É vedado ao médico prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte do paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável ou sucessor.

## REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, A.C.C. O Sigilo Médico e seus Efeitos. Revista Arquivos CRM-PR, Ano V, nº 17, Curitiba, 1988.
2. ALCANTARA, H.R. de. Deontologia e Diceologia. Editora Andre, São Paulo, 1979.
3. FRANÇA, G.V. de. Direito Médico. 5ª edição, São Paulo, 1992.
4. ALVES, E.S. Medicina Legal e Deontologia. Ed. Universitária do Paraná, Curitiba, 1965.
5. GOMES, H. Medicina Legal. Livraria Prestes Bastos, 12ª edição, Rio de Janeiro, 1972.
6. LIBERAL, H.S.P. Sigilo Profissional, Desafios Éticos. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1993.
7. MARTIN, L.M. A ética médica diante do paciente terminal. Aparecida, São Paulo, 1993.



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CRM Nº 008/90

**RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL**  
**PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 44/92**  
**ORIGEM: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ**  
**(Processo nº 008/90)**

**APELANTE:** Dr. A.L.M.O.

**APELADOS:** Sra. Renata de Souza Antunes  
Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná  
"ex-officio"

**EMENTA:** Não solicitar a realização de incidências mínimas necessárias ou concordar com a não feitura destas, qualquer que venha a ser o resultado de tais procedimentos, eticamente, será condenável.

## ACORDAM

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 15 de julho de 1993, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 44/92, em que figura como Apelante o Dr. A.L.M.O., conforme disposto na Resolução CFM nº 1364/93, ACORDARAM, por unanimidade de votos, dar provimento parcial ao recurso interposto pelo Apelante, reformando a decisão do Conselho Regional de Medicina do estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "Censura Pública em Publicação Oficial", prevista na letra "c", do artigo 22 da Lei 3.268/57, abrandando para a pena contida na letra "b" da supracitada lei, qual seja: "Censura Confidencial em Aviso Reservado", por infração ao artigo 57 do Código de Ética Médica.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Nei Moreira da Silva que passa a integrar o presente.

Brasília, 15 de julho de 1993

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ  
Presidente

NEI MOREIRA DA SILVA  
Relator

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
11(41): 22, 1994

O CREMESP recebeu consulta de uma colega a respeito do atendimento a clientes particulares por médicos de Departamento de Saúde Municipal, bem como da realização de exames complementares para estes doentes pelo mesmo Departamento, questionando se não estariam os médicos infringindo o artigo 94 do Código de Ética Médica, que veda tal procedimento.

O artigo 94 diz que é vedado ao médico: **"Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais."**

Antes de responder propriamente às questões formuladas pela consulente, o Conselho vê a necessidade de tecer algumas considerações preliminares:

- 1) Não existe lei ou código que proíba o médico funcionário de atender clientes particulares em seu consultório; a não ser quando for contratado em regime de dedicatória plena.
- 2) Não há nenhuma legislação que impeça o paciente, que trata em Serviço Público ou Privado, de procurar médico particular para tratá-lo ou mesmo apenas para opinar sobre o tratamento a que está sendo submetido.
- 3) Não existe legislação que impeça o médico do paciente de tomar conhecimento de exames realizados pelo mesmo na unidade sanitária.
- 4) A nosso ver a atitude do médico particular, aceitando os exames realizados no serviço que atendeu o seu paciente, revela confiança neste serviço e ao mesmo tempo preocupação com os problemas econômicos do cliente, o que apresenta um elevado senso de humanismo.
- 5) Finalmente, é um direito do paciente, sempre que sentir ser necessário, escolher um médico que lhe dê assistência psicossomática, mesmo que continue recebendo o mesmo tratamento do serviço público ou conveniado, desde que não haja contradições entre as duas orientações.

Com base no raciocínio acima, julgamos que o paciente atendido por médico particular pode realizar exames em serviço de atendimento gratuito ou de convênio, desde que se submeta às normas do serviço e que os exames sejam solicitados de acordo com estas mesmas normas, depois de aprovadas pelo médico do serviço.

**Concluimos que:** 1) Os pedidos de exame deverão ser feitos pelo médico que atendeu o paciente na unidade sanitária, o qual pode ou não aceitar os pedidos do médico particular sempre de acordo com sua própria opinião e com o regimento do serviço.

2) Somente o paciente fichado na unidade sanitária, de acordo com as normas por esta estabelecidas, tem direito de realizar os exames complementares na mesma.

3) Os pacientes assim considerados deverão receber o tratamento de rotina de acordo com as referidas normas.

4) A relação entre médicos particulares e serviços assistenciais estatais ou conveniados deverá ser de cordialidade, procurando sempre dar o melhor ao paciente para uma boa assistência à comunidade.

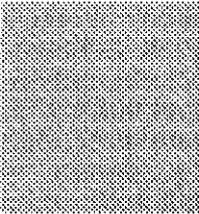
5) Impedir o paciente de ouvir outros médicos ou outros serviços assistenciais fere, a nosso ver, o artigo 56 do Código de Ética Médica. Por outro lado, é dever do serviço fornecer laudo médico ao paciente quando solicitado, de acordo com os artigos 70 e 71 do referido código, que rezam: É vedado ao médico -

Artigo 56 - "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida."

Artigo 70 - "Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha única ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros."

Artigo 71 - "Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado."

*Transcrito do Jornal do CREMESP*



## O DIREITO DE INTERNAR SEM PERTENCER AO CORPO CLÍNICO

*Pode o Médico ser obrigado a dar plantão gratuito em outra especialidade?  
É o plantão à distância?*

### **PARECER CFM**

A presente consulta tem origem em ofício enviado a este Conselho pelo Dr. Octávio A. Assumpção, com indagação a respeito da aplicabilidade do artigo 25 do CEM, dos conflitos deste artigo com os regimentos internos dos corpos clínicos, da exigência de contra-partidas para o exercício liberal da profissão médica e a forma de garantir o direito do livre exercício profissional. A respeito destas questões o Dr. Léo Meyer Coutinho, ilustre membro deste Conselho Federal pronunciou-se com o brilhantismo que lhe é próprio. Por discordar de algumas posições, decidi elaborar parecer alternativo.

#### **a) da Consulta.**

A seção de perguntas e respostas do Jornal do Conselho Federal de Medicina, ano VII, nº 27, de março/abril de 1992, reitera o direito dos médicos de internar e assistir pacientes em hospitais, mesmo que não façam parte do corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição. Pergunta o Dr. Assumpção quais seriam estas normas técnicas, quais as diferenças entre estas e os regimentos internos dos corpos clínicos e regimentos administrativos. Pergunta também o Dr. Assumpção se seria correta a exigência de cumprimento de escala de plantão obrigatório e gratuito, já que algumas instituições não mantêm plantonista em todas especialidades, como contrapartida ao direito de internar pacientes conveniados ou particulares.

Continuando, pergunta o Dr. Assumpção se o Regimento de Corpo Clínico pode obrigar o médico a dar plantão fora de sua especialidade ou, então, plantões à distância na especialidade, ou, ainda, quando o plantão deva ser obrigatório. E, ainda, como garantir os direitos sem correr o risco de ser prejudicado no exercício de suas atividades médicas.

#### **b) Da origem da consulta:**

**"P - Uma instituição prestadora de serviços médico-hospitalares pode impedir que um médico interne seus pacientes naquele nosocômio por não pertencer ao seu Corpo Clínico?"**

R - O artigo 25 do atual Código de Ética Médica define com clareza e assegura ao médico - e intrinsecamente ao paciente - o direito de internar o seu paciente em qualquer unidade hospitalar privada, mesmo que não faça parte do seu Corpo Clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição. É pertinente e oportuno lembrar que a "matéria nobre" do médico é o paciente e a responsabilidade com tudo que o envolve, de modo que, na medida dos valores, o médico e o paciente estão acima de qualquer documento escrito. Em realidade, o artigo 25 do CEM, não anula o Corpo Clínico; não procura privilegiar partes; não corroe o Código de Ética Médica, pelo contrário, ele serve de ferramenta para que dentro das próprias unidades hospitalares se proceda uma maior vigilância nos indesejados ilícitos éticos. Aceitar uma proposição que se contraponha ao artigo 25 do CEM, não apenas limita a atividade do médico, mas sobretudo cerceia o seu direito ao trabalho, assim como contraria também a Resolução nº 1.231/86 do Conselho Federal de Medicina."

A resposta é clara. Os pareceres CFM 27/86, 11/89, 16/89, 15/90, são uníssonos em relação ao direito assegurado a todos os médicos de internar seus pacientes em hospitais privados, com ou sem caráter filantrópico, ainda que não façam parte de seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição. A Resolução CFM 1.231/86 estende estes direitos também aos hospitais públicos. O Código de Ética Médica (Res. CFM 1.246/88) não cria outras restrições a este direito. É preciso ressaltar que quando o médico interna habitualmente seus pacientes adquire a condição de membro efetivo do Corpo Clínico com os mesmos direitos e deveres dos demais componentes. Dirimidas as eventuais dúvidas sobre a aplicabilidade do art. 25 do CEM e, ainda a sua extensão aos hospitais públicos, garantida pela Res. CFM 1231/86, passaremos a discutir cada pergunta.

**1) Que se entende por normas técnicas e quais as diferenças entre estas e os Regimentos dos Corpos Clínicos e Administrativo?**

Sob o termo "norma técnica", entendo que o médico que exerce o direito de internar e assistir paciente em hospitais, mesmo que não faça parte de seu corpo clínico, deva se submeter não só às normas técnicas da profissão médica (exemplo, lavar as mãos antes e após cada exame clínico), mas também às normas de trabalho da instituição (horário de prescrição, por exemplo). Os regimentos são instrumentos de organização administrativa e funcional dos corpos clínicos. Neles estão contemplados, entre outros, os critérios de admissão e exclusão do médico, a estrutura hierárquica, a competência de cada membro do corpo clínico. Devem estes regimentos prever as situações criadas pela RES. CFM 1.231/86 e pelo Art. 25 do CEM.

**2) Podem as instituições exigir dos médicos o cumprimento de escala de plantão obrigatório e gratuito por especialidade, quando os mesmos desejam apenas assistir seus pacientes conveniados e particulares?**

A exigência de cumprimento de plantão obrigatório e gratuito é descabida. Se existe uma escala de plantão e se o cumprimento desta é obrigatório, está claramente configurada relação trabalhista. Ao médico que aceita cumprir tais escalas, cabe o reconhecimento de vínculo empregatício e, portanto, de salários. Aos demais, não cabe a obrigatoriedade de prestar tal serviço.

A título de curiosidade, lembramos o disposto no artigo 244 da CLT, especificamente sobre empregados em estrada de ferro:

"Considera-se de sobreaviso o empregado efetivo que permanecer em sua própria casa aguardando a qualquer momento ser chamado para o serviço. Cada escala de sobreaviso será, no máximo, de vinte e quatro horas. As horas de sobreaviso, para todos efeitos, serão contadas à razão de 1/3 do salário normal."

### **3) Tem o regimento Interno força para impedir o trabalho do médico?**

O regimento interno pode e deve conter as normas de admissão e exclusão dos membros dos corpos clínicos. Não tem, no entanto, força para impedir o trabalho médico. O artigo 25 do CEM abre os recursos dos hospitais aos médicos que não fazem parte de seu corpo clínico.

### **4) Pode o hospital obrigar o médico a dar plantão fora de sua especialidade?**

Ninguém pode ser obrigado a fazer algo que não deseje, exceto por imposição legal. Não é o caso do médico, empregado da instituição, escalado para exercer atividade de plantonista "geral" ou socorrista. Habilidade para atender em setores de urgência ou primeiro atendimento é condição básica do exercício da medicina e pode ser desenvolvida por qualquer médico.

### **5) Pode o hospital obrigar o médico a cumprir plantão à distância?**

As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital de grande porte de uma grande cidade geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já numa pequena cidade como faria para manter tal leque de especialista de plantão?

A existência de "plantão à distância" - sobreaviso - é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre profissionais e a administração das instituições é que estabelece estas formas de prestação de serviço.

**6) Quando o plantão é obrigatório?**

Quando existe vínculo empregatício e quando, por acordo com o hospital, o médico aceita participar de escala de plantão.

**7) De que forma o médico pode garantir seus direitos, sem correr o risco de ser prejudicado no exercício de suas atividades?**

Estes direitos devem ser garantidos aos médicos, tendo os Conselhos Regionais de Medicina, os Sindicatos Médicos, as Associações Médicas e a Justiça comum como foros para suas reivindicações. No entanto, deve ser ressaltado que a luta por direitos implica em riscos. Ao decidir lutar por direitos, todo cidadão assume o risco de eventuais retaliações.

Este é o parecer s.m.j.

Brasília, 23 de março de 1993.

NILO FERNANDO R. VIEIRA  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 12/11/93

**TÍTULO DE ESPECIALISTA**

Registre no CRM  
No próximo número publicaremos a  
lista dos especialistas no  
Estado do Paraná.

# **PODE O MÉDICO INTERNAR SEM PERTENCER AO CORPO CLÍNICO?**

## **NESTE CASO O TRIBUNAL DECIDE: NÃO**

A 6ª Câmara do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul proferiu recentemente decisão sobre assunto que dificilmente chega ao Judiciário, mas, por outro lado, é alvo de constantes indagações por parte da classe médica. Definiu então o tribunal gaúcho, através do Mandado de Segurança nº 593056930 sobre admissão de médico em corpo clínico de hospital.

No caso, o mandado foi impetrado por um hospital, com vistas à concessão de efeito suspensivo a agravo de instrumento por ele interposto, contra decisão concessiva de liminar em ação cautelar aforada por médico que, fora autorizado, pela ordem judicial, a internar seus pacientes na entidade hospitalar, direito este que lhe fora negado por não pertencer ao Corpo Clínico e cuja admissão negou-se por ser questionável o título de especialista que apresentara.

Para melhor ilustrar a matéria, é transcrito o voto vencedor do julgamento, da lavra dos des. Adroaldo Furtado Fabrício, que assim se expressou:

"No que diz respeito aos dados instrutórios disponíveis nos autos, estes permanecem em estado exatamente idêntico ao que apresentavam quando do lançamento da decisão liminar. Com efeito, as informações prestadas pela digna autoridade dita coatora nenhum elemento novo acrescentaram, e ao litisconsorte citado não se manifestou.

Em tais circunstâncias, nada se fez necessário acrescentar aos fundamentos daquele decisório, que integro ao presente voto com seu exato teor: "Como se dessume dos próprios termos da decisão agravada e agora impugnada pelo presente 'writ', baseou-se o juiz exclusivamente em alegações, que presumiu verdadeiras, do autor da medida cautelar para deferir-lhe a liminar. Trata-se de hipótese extremamente delicada que implica o ingresso no corpo clínico de um nosocômio, contra a vontade da direção deste, de um médico cuja qualificação de especialista pode ser posta em dúvida, para os efeitos de que se trata.

Acresce que os autos não esclarecem, sequer em termos de começo de prova, qual o regime legal a que se acha adstrita a intuição impetrante, qual o grau de sua autonomia decisória relativamente à composição de seus quadros técnicos e qual a verdadeira e exata razão pela qual não foi a eles admitido o médico beneficiário da liminar.

Quer parecer, pois, que realmente insuficiente é a fundamentação do culto decisório hostilizado, e que mais prudente se afigura a reserva de uma decisão sobre o tema para momento em melhor esclarecida se apresente a matéria de fato. Note-se, ao demais, que não se percebe a urgência da medida, dado que, segundo se infere dos próprios termos do decisório, o interessado aguarda solução para seu pedido, dirigido ao impetrante desde 1990, sem indicação de algum fato novo tenha feito surgir tal urgência.

Isto posto, mesmo admitida a excepcionalidade da admissão do "mandamus" contra ato jurisdicional típico, presentes se fazem os correspondentes requisitos no caso concreto: o dano que pode resultar da permanência do ato judicial é potencialmente mais grave do que o eventualmente resultante de sua suspensão.

Assim se prestigia, enquanto não se façam presentes quaisquer elementos capazes de demonstrar sua erronia, a deliberação do hospital por sua direção médica, no sentido de manter o impetrante impedido de utilizar-se de suas instalações para a prática de profissão médica.

Tal deliberação, em tese e salvo prova em contrário, corresponde a uma faculdade que a nenhuma organização hospitalar se pode subtrair de regulamentar qualitativa e quantitativamente as condições de credenciamentos de médicos para atuação profissional em suas dependências, até mesmo no resguardo do seu bom nome, da qualidade dos serviços prestados e da responsabilidade que lhe cabe pelos atos médicos realizados em seu âmbito físico.

De outra banda, não vislumbro na espécie qualquer ameaça ou restrição à liberdade de exercício profissional, até mesmo porque a cidade de Santa Maria é hoje um importante centro médico, onde se acham sediados vários outros congêneres dotados de alta qualificação.

No julgamento do agravo ou da própria cautelar, com melhor contingente probatório e contraditório mais amplo, a matéria poderá ter eventualmente solução diversa. Por ora, e nesta sede, tudo recomenda mantenha-se suspensa a eficácia da liminar cautelar emanada do ilustrado juízo monocrático."

*Transcrito da Gazeta do Povo 14/3/94 - Coluna - Gazeta na Justiça*

# **INDENIZAÇÃO:** **Responsabilidade Civil do Médico** **em Intervenção Cirúrgica**

Para que responda civilmente pelo insucesso da intervenção cirúrgica, é preciso que o médico tenha escolhido técnica reconhecidamente má ou executado mal a técnica acertada.

*Ari Alcoforado Nunes versus Dr. Osvaldo Pinheiro Campos*

## **SENTENÇA**

Vistos, etc.:

Ari Alcoforado Nunes, brasileiro, solteiro, bancário, residente à rua Grajaú nº 130, nesta cidade, propõe esta ação ordinária contra o Dr. Osvaldo Pinheiro Campos, brasileiro, casado, médico, residente também nesta cidade, alegando que: em março de 1946, em virtude de acidente, sofreu fratura da 5ª e 6ª vértebras, tendo sido hospitalizado e obtido alta em outubro; que após o tratamento, regressou às suas ocupações habituais, embora claudicasse da perna esquerda, com contrações musculares do mesmo lado e apresentasse fenômenos esfintéricos; que, para a correção desses defeitos, consultou vários médicos, que lhe aconselharam massagens e exercícios, desaconselhando, por inútil, qualquer intervenção cirúrgica; que, porém, levadas ao réu radiografias suas para exame, encontrou-se, dias após, o autor com o Dr. Osvaldo Pinheiro Campos, que lhe assegurou tratar-se de operação banal, sem riscos, com oitenta por cento de probabilidade de recuperação completa; que, não obstante súplicas da mãe do autor, temerosa dos resultados da intervenção, o réu decidiu-se a operá-lo; que, no dia pré-fixado, foi o autor, com seus próprios pés, para o local da operação; que, logo ao início desta, manifestou-se uma hemorragia comum, fato perfeitamente previsível, e, tendo faltado espuma de fibrina, pôs-se o réu a cortar às cegas músculos do paciente, para tamponamento muscular; que, em seguida, perdeu o réu, na nuca do paciente, um alfinete de metal, que não mais conseguiu localizar; que, para completar a série de erros, deixou o réu de imobilizar o pescoço do paciente, ou seja, deixou de proceder à distensão da coluna vertebral na zona em que ia intervir; que, tendo se proposto a aliviar pressão sobre a medula e devendo intervir entre as 5ª e 6ª vértebras, praticou a intervenção entre a 3ª e 4ª vértebras; que, quando o paciente voltou a si, estava quadriplégico; que é incontestável só ter surgido a quadriplegia após a intervenção, que a motivou, portanto; que, ainda que fosse um risco da intervenção, esse risco estaria em desproporção com os resultados a obter; que o réu, conhecido como ortopedista, fez intervenção própria de neurocirurgião, sem se fazer assistir de um especialista;

envolvendo-o em função só comparável à do magistrado penal, porque a sentença decidirá do conceito e, portanto, da própria honra profissional de um médico.

Compenetrado disso, esforcei-me, humildemente, por acertar. Se o não houver conseguido, valha, ao menos, a intenção, superada pela grandeza da tarefa.

Em qualquer caso de responsabilidade civil exige-se, para imposição da obrigação de reparar, que haja nexo causal entre o ato danoso e o procedimento daquele a quem é atribuído. Fórmula geral, que se adapta à própria teoria do risco, completa-se quando se aplica a teoria da culpa, com a verificação, na origem da ação, do elemento ilícito. Se, para essa definição, em sentido genérico, basta apurar a existência de um germe de culpa, pois, nesse terreno, continua atual a norma romana *in lex Aquilia et levissima culpa venit*, é preciso, em certos casos, investigar com maior cautela os pressupostos da ação. A conduta social, considerada amplamente, é a medida para a apreciação desses pressupostos, quando se trate de procedimento danoso não identificado como atuação profissional. Se é desta que se cogita, cumpre ter em vista outra distinção, pertinente à caracterização do procedimento do agente. Se alguns deveres profissionais envolvem obrigação de resultado, outros se reduzem, por imposição das limitações humanas, a obrigação de meios, aquela, pois, exigindo da parte do agente, não só o desempenho, mas também proveito concreto, em favor do sujeito ativo da obrigação, esta se esgotando com a prestação de correto desempenho. No quadro das obrigações de meios figura, com precedência, a do médico, precisamente porque, em contraste com o seu incessante progresso, continua a desafiá-la, séculos a fora, a incógnita da vida, diante da qual AMBROISE PARÉ grande sábio, e por isso mesmo prudentemente modesto, testemunhava a própria falibilidade: *Je Je ensay, Dieu le quarit*. Tinha o pai da cirurgia consciência dos impoderáveis que gravitam em torno da arte de curar, aqui inutilizando os mais desvelados cuidados e o mais fundamentado prognóstico, ali subtraindo ao desenlace fatal matematicamente esperado o doente sem esperança. Que se louve a ciência médica, pela sua busca heróica, na luta contra o mal. Mas a melhor forma de fazê-lo é reconhecer a desproporção de suas forças, ante o nebuloso mistério da doença e da morte.

É sob esse critério que deve ser apreciada a atuação do réu, no tratamento profissional dispensado ao autor.

Analisemos, para metodizar a exposição, os fundamentos do pedido. Não provou o autor que o réu o houvesse induzido à operação, subestimando os riscos que naturalmente envolvia. Quando assim me expressei, não pretendo dar ao réu evasiva, que para ele só poderia ser humilhante, mas ressaltar a obrigação, em que se achava o autor, de dar prova da afirmação, tão chocante à luz das circunstâncias. O mais atrasado dos cirurgiões sabe, pois que os próprios leigos o sabem, que toda e qualquer operação envolve risco.

Antes de ser problema de profissão, é questão de ética saber se o médico pode reduzir, no conselho ao cliente, os riscos naturais de qualquer tratamento. Não lhe é lícito acovardar-se, cedendo o doente à sua sorte. Menos lícito, porém, é apresentar-lhe perspectiva menos discreta do que a singela advertência de que nenhuma intervenção é absolutamente livre de riscos.

Ora, se isso se deve presumir de qualquer médico, porque não se presume a traição aos mais elementares deveres da profissão, tem o réu, por seu passado, direito a exigir que também deles se presuma a necessária consciência profissional, para advertir o autor dos riscos e até do moderado alcance da intervenção a tentar. Conhecedor dos problemas criados em volta de tais intervenções, interessado em defender seu conceito, tudo leva a crer, com a maior firmeza, que o réu não iria abalançar-se a tal insensatez, até porque nem o proveito pessoal a poderia explicar. Rico e famoso, não seria homem para tentar-se por miragens desse gênero.

Nota forçada da inicial é, também, a alegação de que o réu desatendeu a súplicas da mãe do autor, no sentido de não operá-lo. É preciso fazer muito mau juízo dos médicos em geral e do réu em particular para acreditar que, ocorrendo tal circunstância, não provocasse imediata consulta a outros membros da família, ou, pelo menos, uma acareação entre o cliente e os opositores a seu propósito de ser operado.

Aqui enfrentamos o problema do consentimento válido, sem o qual, sejam quais forem as circunstâncias, qualquer operação cirúrgica se constitui em ato ilícito.

Não posso concordar com o autor nem com seus ilustres assessores.

Também, aqui, o fato da maioria do autor, sua ida ao consultório e ao hospital em que se daria a intervenção armam presunção favorável ao réu. Quem nega o consentimento, deve provar a maneira pela qual se processou a violência. Nem admito, *data venia*, a hipótese do transtorno mental transitório. Vi o autor, ferido pelo destino, reduzido a imobilidade, em contraste com a sua robusta vitalidade de moço. A impressão mais viva que até hoje guardo é a que me ficou da sua serenidade de ânimo, da sua firmeza de vontade. Felizmente para ele, é um homem.

Nenhuma conseqüência se atribui à hemorragia ocorrida da intervenção, fenômeno banal em operações em campo de intrincada rede venosa. Foi ela detida, como reconhece a inicial, que, entretanto, censura o meio empregado. Mas a espuma de fibrina é apenas um entre vários processos de hemostasia. E o douto perito do réu mostra que não é o melhor. Como quer que seja, não havendo relação entre esse incidente e o resultado de que se queixa o autor, não há como considerá-lo em função da responsabilidade do réu.

É, também, o que se pode dizer do alfinete de metal que teria sido deixado na nuca do paciente. A presença do fio (e não alfinete) não é responsável por nenhum dos sintomas apresentados pelo autor (relatório do professor SCARFF, pág. 107 v.)

Sustenta-se, na inicial, que o réu deixou de imobilizar o pescoço do paciente. Não se indica o inconveniente que daí adveio ou a relação entre esse procedimento e o dano. Aliás, não houve prova dessa omissão, realmente difícil de ocorrer, uma vez que as próprias mesas de operação são providas de dispositivos para esse fim.

Operando no lugar em que operou, o réu encontrou a compressão de que suspeitara, felicidade que não logrou o cirurgião norte-americano que operaria posteriormente o autor. Também não se relaciona esse fato com a quadriplegia, isto é, não houve prova ou demonstração pericial de que a escolha do réu tenha resultado na atual situação do paciente. Não há responsabilidade civil, repita-se, sem ligação causal entre o dano e o procedimento daquele a quem se atribui a obrigação de reparar. É fato incontestável e incontestado que a quadriplegia do autor ocorreu após a intervenção. Permanece, porém, não provada a sua relação com a intervenção, em conexão de efeito e causa. Para dispensar o autor dessa demonstração, seria preciso que a quadriplegia só pudesse provir da intervenção, tal como feita pelo réu, ou que, podendo provir de outras causas, estivessem estas afastadas, no caso concreto. Mas é precisamente o contrário que sucede. Em obra dedicada ao estudo especialíssimo das complicações tardias dos traumatismos da coluna cervical, um autor francês, depois de aludir à longa latência dos fenômenos deles resultantes, enfrenta exatamente a hipótese da quadriplegia traumática remota, filiando-a diretamente ao acidente (figura traumatismo semelhante ao sofrido pelo autor: queda de um trapézio), identificando cortejo clínico idêntico ao apresentado pelo autor: "Depois, em dada manhã, ao despertar, percebe formigamentos nos dedos, primeiro de um, depois de outro lado, os membros superiores se tornam desajeitados, se entorpecem, perdem a força. É o início habitual, que já afirma a futura predominância da quadriplegia nos membros superiores, consistindo outro modo inicial na aparição de distúrbios esfintéricos: micções difíceis e dolorosas" (JEAN BENASSY, "Complications tardives des traumatismes méconnus du rachis cervical", Paris, 1938, pág. 43).

O seccionamento da medula é a morte e o paciente está vivo. Mais um elemento que falta à pretensa cadeia de erros do réu.

Até aqui analisamos a inicial, em cujas alegações não pudemos encontrar fundamento para condenação ao procedimento do réu. Devemos, "todavia", tanto em benefício do cirurgião, como em atenção ao autor, levar mais adiante nossa investigação.

Segundo recomendei aos doutores peritos por ocasião de nossa visita ao paciente, sua função consistiria em verificar se houve erro na indicação operatória, na execução da técnica indicada ou adoção de técnica desaconselhada.

A indicação operatória foi acertada. O leigo tem de admiti-lo, uma vez que o réu suspeitara de compressão da medula e esta se confirmou, pelo ato cirúrgico. O autor há pouco citado não tem outra opinião, com sua responsabilidade de técnico e de cientista: "Apresentado o diagnóstico da compressão traumática, é preciso esforçar-se por precisar-lhe a natureza. Pode-se, de início, basear na noção de freqüência que milita em favor desta ou daquela hipótese, de maneira diferente, conforme a altura do traumatismo... *"Si la radiographie ne donne pas une réponse positive, le probleme est délicat car on peut toujours se demander quel est le role des phénomnes vasculaires, mais si les thérapeutiques médicales ou physio-thérapeutiques misses en oeuvre ont été inactives, il nous semble légitime que la troisime temps du diagnostic soit la laminectomie"* (JEAN BENASSY, ob. cit., página 68).

Perdoem os médicos a um leigo tão demorada incursão aos seus domínios. Mas aqui não decido, apenas encontro e transmito ensinamento. O mesmo JEAN BENASSY, abordando o problema das lesões tardias da coluna vertebral, sustenta, grifando ele próprio suas expressões, para lhe dar a ênfase querida, que: "*La seule méthode chirurgicale que l'on puisse proposer est la laminectomie*" (pág. 82), que "concilia as exigências da teoria e os resultados práticos" (pág. 82) e que, além de exploradora, como se reputa em técnica operatória, pode "*être ensuite euratrice*" (pág. 69).

No que toca ao local da intervenção, não, há tampouco, como censurar o Dr. Osvaldo Pinheiro de Campos. O autor francês a que vimos pedindo ajuda o afirma, em face de circunstâncias exatamente idênticas às apresentadas pelo autor (paraplegia espasmódica orgânica de longa evolução, signo de Babinski em extensão, origem traumática remota - "*Si on interroge le malade, on apprend qu'il a subi un tramatisme quelques années auparavant*" - radiografia reveladora de lesão, quase sempre discreta, correspondente à anomalia neurológica que determinou a investigação): "Cumpre fazer uma laminectomia na altura indicada pela radiografia e pelos sinais neurológicos, nada havendo a reear para a estática da coluna cervical..." (pag. 53)

Teria, entretanto, o réu, decidindo operar, errado na escolha do processo, escolhido a técnica desaconselhada ou executado mal a boa técnica?

Não, BENASSY informa (pág. 79) que a técnica da laminectomia não apresenta nenhuma dificuldade especial, o que, de si, é bastante para estabelecer presunção de que um cirurgião como o réu (honrado pelas manifestações mais eloqüentes de respeito e admiração pelo estrangeiro, mesmo o menos entusiasta de nossas coisas) também não encontraria dificuldade, em terreno reputado banal, no que se refere à técnica.

Com esses dados, estou plenamente habilitado a aceitar as conclusões do cirurgião J.D. SCARFF, assim como a dos eminentes peritos do autor e do Juízo: "o acidente pós-operatório decorreu, não de defeito de técnica cirúrgica, mas sim de imprevisíveis anomalias vasculares e de transtorno circulatório intramedular, por descompressão súbita, quando da abertura do espaço intrarraquidiano".

Pelo exposto, julgo improcedente a ação e condeno o autor nas custas.

P.R.I.

Distrito Federal, 28 de julho de 1952 - José de Aguiar Dias

*Transcrito da Revista Forense 143*

## **TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**Registre no CRM  
No próximo número publicaremos  
a lista dos especialistas  
no estado do Paraná.**



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CRM Nº 10/88

**RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL**

**PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 07/92**

**ORIGEM: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ**

**APELANTE - Dr. J.N.S.**

**APELADO - Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná  
"ex-officio"**

**ACÓRDÃO -**

**EMENTA** Constitui infração ético-profissional: aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

## ACORDAM

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 18 de agosto de 1993, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 07/92, em que figura como Apelante o Dr. J.N.S., conforme disposto na Resolução CFM nº 1364/93, ACORDARAM, por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso interposto pelo Apelante, mantendo a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "Censura Pública em Publicação", prevista na letra "c", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração ao artigo 65 do Código de Ética Médica.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Nei Moreira da Silva que passa a integrar o presente.

Brasília, 18 de agosto de 1993

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ  
Presidente

NEI MOREIRA DA SILVA  
Relator

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
11(41): 36, 1994

## **INAMPS É RESPONSÁVEL POR DANOS A SEGURADO**

O Tribunal de Alçada de Minas Gerais, julgando o Agravo de Instrumento nº 135.591-7, decidiu que "o Inamps é responsável pelo tratamento médico ministrado a seus beneficiários por instituições hospitalares conveniadas, inclusive pelos danos advindos na realização do aludido tratamento, devendo a autarquia federal ser denunciada à lide indenizatória, nos termos do inciso III, artigo 70, do CPC".

O acórdão proferido, responsabilizando o extinto Inamps por danos advindos a seu segurado, em decorrência de tratamento médico, ressalta que "ao exame do contrato, presume-se que a agravada é obrigada a oferecer internação e tratamento a todas as pessoas que o Inamps lhe enviar, (cláusula primeira), como também o aludido órgão público tem o direito de fiscalizar os serviços médico-hospitalares prestados pela agravada. Portanto, vê-se que por este contrato a mencionada autarquia federal assumiu com a agravada a obrigação de oferecer aos seus beneficiários, através do estabelecimento desta, assistência médica, fiscalizando a consecução do aludido contrato. Deflui destas circunstâncias que o referido órgão público é responsável pelo tratamento médico hospitalar dado aos seus beneficiários, inclusive pelos danos advindos a eles na realização do aludido tratamento. Caracteriza-se assim, uma das hipóteses contempladas no inciso III do artigo 70 do CPC, a ensejar denunciação à lide do Inamps".

Na verdade, o acórdão do TA. de Minas Gerais veio apenas confirmar um princípio de responsabilidade civil, que não serve tão somente ao extinto Inamps, mas a todas as entidades que credenciam médicos de hospitais para prestarem serviços aos que aderem aos seus planos de saúde. Afinal, quem credencia, endossa e portanto, também se responsabiliza por danos que eventualmente venham a ser causados, quando da realização dos serviços contratados.

*Transcrito da Gazeta do Povo - Coluna - Justiça na Gazeta*

# **PRONTUÁRIO MÉDICO**

**Uma Segurança para os Médicos  
cultos e conscienciosos.**

**Uma ameaça constante para os  
audazes sem escrúpulos,  
os ignorantes incorrigíveis.**

**Uma barreira intransponível  
contra as reclamações e os  
caprichos dos clientes  
descontentes**

*Lacassagne*

# RESPONSABILIDADE MÉDICA NAS TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES

Médico de Pronto-Socorro Municipal formula a seguinte consulta ao CREMESP:

**Se um paciente vier em estado grave numa ambulância sem o médico, sem pedir vaga, for recusado pelo PS e por fim ele vier a falecer no caminho de volta ao PS de origem, quem é o responsável? O médico que enviou o paciente ou o médico do PS que recusou o paciente?**

Esclarece ainda, que o fato tem ocorrido com freqüência com pacientes graves, sem vaga e sem médico, tendo o mesmo que assumi-los por receio de que venham a falecer na volta ao Pronto-Socorro de origem, os quais acabam permanecendo em maca dois a três dias.

Inicialmente, destacamos que o consulente não explicita no seu relato os motivos pelos quais os pacientes são recusados em determinados Pronto-Socorros, o que então geraria o seu encaminhamento ao Pronto-Socorro Municipal. Mas, mesmo assim, deduzimos que esses pacientes não são submetidos a uma consulta prévia pelo médico do Pronto-Socorro originariamente procurado antes de serem encaminhados para o Pronto-Socorro Municipal.

No caso em questão, é imprescindível que o atendimento do paciente que chega ao Pronto-Socorro em estado grave, seja feito em caráter emergencial. A recusa desse atendimento por parte do médico poderá acarretar danos irreversíveis e até a morte do paciente que se encontra nessa situação.

Contudo, é dever do médico prestar seus serviços profissionais nos casos de urgência e/ou emergência, notadamente quando o atendimento for ao nível de Pronto-Socorro. Portanto, a recusa do médico em atender aos pacientes que chegarem em estado grave no Pronto-Socorro contraria o que dispõem os artigos 7, 35 e 58 do Código de Ética Médica, que rezam:

**Princípios Fundamentais - Artigo 7 - "O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente".**

**É vedado ao médico: Artigo 35 - "Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria".**

**Artigo 58 - "Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo".**

Por outro lado, a recusa do atendimento ao paciente em estado grave por parte do médico, além de constituir infringência ao Código de Ética Médica, caracteriza ilícito civil e penal.

Na esfera civil, a responsabilidade do médico que pratica tal conduta encontra-se prevista no Título II do Código Civil - Dos atos ilícitos - Artigo 159, dispõe que: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano".

Outrossim, no âmbito penal, a recusa do atendimento de pacientes em estado grave por parte do médico, configura crime de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal, que diz: Artigo 135 - "Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte".

Embora não haja uma reserva legal impondo ao médico o atendimento de todos os casos que lhe são encaminhados, há ocasiões em que, tendo em vista o estado do paciente, os recursos da região ou a distância de outro profissional, sua recusa traduz uma omissão de socorro.

Assim, o médico do Pronto-Socorro de onde provém originariamente esses pacientes deve prestar-lhes o atendimento emergencial. Na hipótese de não haver vaga, o profissional deverá prestar o primeiros socorros a esses pacientes e, posteriormente, encaminhá-los para um estabelecimento onde haja disponibilidade de leitos e condições de assistência.

Entretanto, os pacientes que chegarem ao Pronto-Socorro Municipal, em estado grave, ainda que procedentes de outro Pronto-Socorro, deverão ser atendidos pelo médico e prestados os primeiros socorros. Na hipótese de não haver vaga, após prestado o atendimento emergencial, esses pacientes deverão ser encaminhados para uma instituição que tenha disponibilidade de leitos, e não ao Pronto-Socorro de onde provieram.

Assim sendo, o médico que se recusar a atender ao paciente que chega ao Pronto-Socorro em estado grave, encaminhado-o para outra instituição e, em

decorrência dessa conduta, o mesmo vier a apresentar piora de seu quadro clínico ou até óbito, estará incorrendo na prática de ilícito ético, civil e penal.

Por fim, entendemos que a responsabilidade pelo não atendimento do paciente caberá tanto ao médico do Pronto-Socorro de onde o mesmo provém, caso venha a falecer durante o trajeto para outra instituição, como ao médico do Pronto-Socorro Municipal, na hipótese de encaminhá-lo de volta ao local de origem sem prestar-lhe a devida assistência e essa conduta vier a agravar seu estado ou mesmo causar-lhe o óbito.

Portanto, o procedimento a ser adotado pelo médico é o atendimento do paciente e, havendo falta de vaga, deverão ser prestados os primeiros socorros para, posteriormente, encaminhá-lo a estabelecimento que disponha de condições para dar-lhe assistência adequada.

*Transcrito do Jornal do CREMESP*

## **ALEMANHA PREPARA LEI PARA EVITAR TRÁFICO DE ÓRGÃOS**

O ministro alemão da Saúde, Horst Sechofer, anunciou a elaboração de um projeto de lei para evitar o tráfico de órgãos extraídos de cadáveres sem a autorização das famílias, depois das revelações da semana passada de uma série de casos nesse sentido. Segundo a nova regulamentação que está sendo elaborada, a extração só será realizada se a pessoa morta der autorização em vida. Caso contrário, apenas as pessoas ligadas ao morto poderão decidir. Porém, em "casos excepcionais", de emergência, o médico informa a família sobre a necessidade da utilização dos órgãos do cadáver. Se a família não expressar oposição, o transplante será considerado autorizado.

*Transcrito da Gazeta do Povo 1/94*

# DISTANASIA

*Uma polêmica em estado de latência*

Cezar Zillig\*

**Mamba** é uma serpente africana peçonhenta; sua picada inflige grande sofrimento antes da morte, quase certa. Conta-se que três missionários foram aprisionados por canibais cujo chefe lhes ofereceu escolherem entre a morte e mamba. Dois deles, sem saberem do que se tratava, escolheram mamba e aprenderam, da maneira mais terrível, que mamba significava uma longa e torturante agonia para só então morrer. Diante disto, o terceiro missionário rogou pela morte imediata, ao que o chefe respondeu-lhe: "Morte você terá, mas primeiro um pouquinho de mamba".

Com muita razão, o Dr. John Hansen Flaschen lembra para não rirmos, pois o que haveria de engraçado nesta piada, vem ocorrendo diariamente nos hospitais do mundo civilizado com a maior naturalidade: "Escolhendo Morte ou Mamba em UTI" é o título de seu artigo.

Assim como o missionário ignorava o que seria mamba, o público em geral e principalmente, a maioria dos médicos, desconhece a existência e o significado do termo **distanasia**. O mais curioso é que o antônimo, a **eutanasia**, seja hoje do conhecimento de todos e motivo de acirradas discussões. O porque desta "negligência" para com uma questão ética no mínimo tão delicada quanto, é verdadeiro enigma. Mormente porque, enquanto a eutanásia seja apenas matéria de discussão teórica, raramente vindo a ser praticada, ao contrário a distanasia, ou seja, a morte dolorosa, (a morte com um "pouquinho de mamba") tenha se constituído em praxe nos hospitais modernos. Aliás, quanto mais pretensamente "de ponta" seja a instituição, tanto mais cruel e sofisticada pode ser sua distanasia, sua mamba.

Sempre bem-intencionado e geralmente por falta de reflexão mais profunda, o médico vem praticando a distanasia com pacientes cuja morte sabe-se certa ou cuja sobrevivência é indigna. Outra curiosidade é que pelos códigos de ética vigentes, o médico que adotar uma postura mais humana, mais sensata, e se negar de prescrever mamba para seu paciente, pode ser acusado pela sociedade

---

\* Médico Neurocirurgião residente em Blumenau/SC.

de estar praticando o que equivocadamente se conceituou de Eutanásia Passiva ou Eutanasia Negativa.

Deixar de literalmente torturar um agonizante, deixá-lo morrer sem antes submetê-lo a um pouquinho de mamba, está sendo confundido com omissão de socorro. Que insólita ironia! Porém, parece que em alguns lugares já se está tomando consciência deste despropósito; a literatura médica nos dá notícia de que em muitos hospitais (do primeiro mundo) estão aparecendo nas papeletas dos pacientes irrecuperáveis, siglas como "DNR" (do not resuscitate) ou "NTBR" (not to be resuscitated).

Esta prática evidentemente tem causado salutaras reações pela sociedade, o que seria de se esperar. O que importa é que parece que o tema está emergindo para a necessária discussão. Afinal, trata-se de matéria que diz respeito a todas as pessoas, a todos nós; como atualmente é cada vez maior a chance de que se venha, como paciente, a ser um candidato para mamba, urge que esta polêmica finalmente venha a merecer a atenção que lhe é devida.

*Transcrito do JAMB 12/93*

## **TRATAMENTO PARA CRIMINOSOS SEXUAIS TERÁ CONTROLE**

O Comitê Nacional Consultivo de Ética não se opõe ao tratamento químico na França aos condenados por crimes e delitos sexuais, mas recomenda o acompanhamento de testes rigorosos para avaliar a verdadeira eficácia desses tratamentos, segundo um parecer divulgado ontem em Paris. O documento responde a uma demanda de administração sobre a possibilidade de tratar os presos condenados por crimes e delitos sexuais e que apresentam um grande risco de reincidência, com duas moléculas que podem diminuir seu libido de forma reversível: o acetato de ciproterona, comercializado em comprimidos sob o nome de Androcur, e a triptorelina injetável à venda sob o nome de Decapeptyl.

*Transcrito da Gazeta do Povo - 1/94*

# Distanasia, a polêmica continua

MARIZA D'AGOSTINO DIAS\*

A distanasia, tratada pelo Dr. Cezar Zillig de Blumenau, realmente é um assunto polêmico e certamente nada simples. O Dr. Cezar Zilig comentou, em seu artigo, a respeito da triste sina de pacientes que são obrigados a passar por dolorosas e inúteis tentativas de tratamento antes de poderem se entregar a seu destino final. Ou seja, as vítimas de morte sem dignidade. E, realmente, isto ocorre dentro da UTIs, com frequência muito maior do que desejaríamos, motivando muitas discussões entre os profissionais da área.

A reflexão sobre este tema evidencia que existem alguns fatores que, quase sistematicamente, estão presentes no decorrer da internação dos doentes graves que evoluem desta forma desfavorável. Penso que muito sofrimento físico e emocional poderia ser evitado se fossem devidamente considerados os seguintes aspectos:

A Terapia Intensiva é uma especialidade relativamente nova e por isto ainda não está claramente definido, entre os próprios médicos, que papel pode desempenhar no tratamento. É bastante comum que o médico-assistente fique tentando manter um paciente de risco fora da UTI, mesmo que ele esteja necessitando de atitudes terapêuticas excepcionais. Isto até que a situação piore a ponto de se tornar insustentável e só então o paciente acaba sendo transferido. Nestas condições, a repercussão fica obviamente muito mais difícil, mas será praticamente impossível deixar de ser feita alguma tentativa de tratamento.

Outra vez, a equipe da UTI já não espera nenhum benefício da continuação da terapêutica, mas o médico principal do paciente não permite que seja suspensa nenhuma das medidas artificiais de sustentação. Assim, por esperar demais da Terapia Intensiva, ele acaba condenando seu paciente a uma longa caminhada para inevitável morte, com sofrimento desnecessário. Diga-se de passagem que este sofrimento em geral não consiste em dor física para o paciente, que é sempre submetido a sedação pesada, mas sim em desespero para os familiares que ficam por longo tempo oscilando entre a esperança e a desesperança, não sabendo se devem desejar que o paciente se salve ou que morra logo, para aliviar a ansiedade.

Estes pacientes algumas vezes também surgem como resultado de um grave equívoco, pelo qual, com o pretexto de "informar tudo" se deixa a cargo da família decisões médicas técnicas do tipo - submeter ou não o paciente a uma hemodiálise, por exemplo. Negando-se a assumir sua responsabilidade, o médico

---

\* Médica supervisora da UTI Geral do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo.

coloca a família numa situação desumana, na qual sente-se obrigada a solicitar que seja "feito tudo o que for possível" pelo seu ente querido. Cria-se uma espécie de jogo macabro no qual o grupo médico "liberal" está apenas prosseguindo o tratamento "porque a família pediu", embora todos saibam que qualquer esforço será inútil; ao mesmo tempo, os familiares sentem-se confortados por estarem propiciando todas as oportunidades de cura, (e talvez expiando culpas cujas origens já se perderam no tempo).

Por fim, é preciso entender que os pacientes graves apresentam uma situação clínica muito dinâmica. É difícil prever como será a resposta ao tratamento, com segurança suficiente para tomar a decisão de iniciá-lo ou não. Portanto, em condições habituais, a terapêutica sempre deve ser começada. O que precisa existir são os parâmetros científicos, humanísticos e de puro bom senso para, a partir das realvaliações periódicas, tomar a decisão de como continuar.

Acredito que, pelo menos no que se refere aos problemas acima, eles poderiam ser reduzidos se os médicos envolvidos no tratamento mantivessem contatos freqüentes, se os pacientes fossem transferidos mais precocemente para as UTIs e se não se pedisse às famílias que assumissem responsabilidades que cabem aos médicos

*\* Publicado no JAMB Jan./Fev. 94*

## **TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**Registre no CRM  
No próximo número publicaremos  
a lista dos especialistas  
no Estado do Paraná.**



## *Meditando*

Oração de uma monja inglesa datada do século XVII, para àqueles que tiverem a presunção de saber tudo:

### ***Estou envelhecendo***

Senhor,  
Sabes melhor do que eu que estou envelhecendo,  
e que, mais dia menos dia, farei parte dos velhos.

Guarda-me daquela mania fatal  
de acreditar que é meu dever dizer algo a respeito de tudo  
e em qualquer ocasião.

Livra-me do desejo obsessivo  
de pôr ordem nos negócios dos outros,  
Toma-me refletida, mas não ranzinza,  
serviçal, mas não autoritária.  
Acho uma pena não utilizar toda a imensa reserva  
de sapiência que  
acumulei por longos anos,  
mas bem sabes, Senhor....  
faço questão de conservar alguns amigos.

Segura-me quando eu começar a desfilhar detalhes  
que não acabam mais  
dá-me asas para ir direto ao fim.  
Seja meus lábios acerca de minhas mazelas e doenças,  
embora essas aumentam sem cessar,  
e, com o passar dos anos,  
me dê certo prazer de enumerá-las.  
Não me atrevo a pedir-te  
que eu chegue até a gostar de ouvir as outras  
quando desenrolam a ladainha dos próprios  
sofrimentos, mas ajuda-me a suportá-las com  
paciência.  
Não me atrevo a reclamar uma memória melhor.



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CRM Nº 008/90

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL  
PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CFM Nº 44/92

APELANTE: Dr. I.A.G.O.

APELADOS: Sra. Renata de Souza Antunes  
Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná  
"ex-officio"

## ACÓRDÃO

**EMENTA** Uma vez estando evidenciados os fatos que comprovam a plena atuação do profissional médico, não poderá o mesmo ser condenado em relação ao desfecho fatídico do paciente.

### ACORDAM

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 15 de julho de 1993, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 44/92, em que figura como Apelante o Dr. I.A.G.O., conforme disposto na Resolução CFM nº 1364/93, **ACORDARAM**, por unanimidade de voto, dar provimento ao recurso interposto pelo Apelante, reformando a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou a pena de "Censura Confidencial em Avião Reservado", prevista na letra "b", do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração ao artigo 57 do Código de Ética Médica, absolvendo-o.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Nei Moreira da Silva que passa a integrar o presente.

Brasília, 15 de julho de 1993

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ  
Presidente

NEI MOREIRA DA SILVA  
Relator

# **ENGENHARIA GENÉTICA MUDARÁ DIREITO A CURTO PRAZO**

WALTER CENEVIVA  
Articulista da Folha de S. Paulo

Tudo faz crer que a engenharia genética modificará substancialmente a visão dos direitos humanos daqui para os começos do terceiro milênio. Interferirá, também, nas medidas de combate ao crime. Examinarei dos dois lados da questão, porque se trata de matéria na qual o direito acompanha com maior lentidão o progresso da ciência e das transformações sociais contemporâneas.

Tomo por marco inicial as descobertas ocorridas há uns bons 40 anos, quando pela primeira vez se verificou a existência do ácido desoxirribonucléico - ADN, geralmente referido no Brasil pelas iniciais DNA, colhidas no idioma inglês. Com isso se ampliou o espectro da manipulação genética. Terminará garantindo - talvez em futuro próximo - a previsão das doenças e o modo de as evitar, o que é bom, mas poderá permitir até mesmo a modificação das qualidades do indivíduo, o que pode ser bom, mas também pode ser muito mau.

## ***A engenharia genética e a química vêm sendo avaliadas nos EUA para o combate dos delitos.***

Hoje é viável, através de um fio de cabelo, descobrir, com boa probabilidade de acerto, os característicos de um indivíduo, inclusive para estabelecer seu parentesco em relação a outras. Em breve será possível determinar dados relativos aos costumes, aos comportamentos da pessoa, o que é proibido atualmente pela Constituição do Brasil, por ferir o direito à intimidade.

Estamos ainda longe, ao que parece, dos tempos em que os experimentos anotados por Aldous Huxley em "Admirável Mundo Novo" (a criação em laboratório de tipos específicos de pessoas, para funções predeterminadas) sejam realizáveis, através da clonagem. Todavia, avanços obtidos caminham no sentido de permitir que toda a estrutura pessoal, física e psíquica de um ser humano seja decomposta através da identificação genética, o que também poderá ser contrário à garantia constitucional da intimidade, mas que não é vedado em lei ordinária.

Passo ao outro lado da questão, mencionada de início, relacionado com o direito penal. Está cada vez mais perto a data em que a ciência descobrirá meios de introduzir mudanças no equilíbrio genético das pessoas. Finalidade: inibi-las da prática de certos atos. Na França, no campo da experiências farmacológicas, tem-se aplicado uma droga que limita, temporariamente, os impulsos sexuais dos estupradores. Quando for possível a intervenção dos genes, em seus pares de cromossomas e em seus núcleos, as mudanças serão mais profundas e permanentes.

Em matéria criminal tem-se acentuado, no mundo inteiro, a convicção de que a criminalidade cresce em progressão mais rápida que o espaço disponível nas novas cadeias. Mesmo as prisões abertas ou domiciliares logo são superadas pela criminalidade avassaladora e pelos mandados de prisão descumpridos. A engenharia genética e a química farmacêutica, além da informática, vêm sendo avaliadas nos Estados Unidos para o combate dos delitos, enquanto desvios da saúde psiquiátrica dos criminosos, sobretudo quando relacionados com a violência contra a pessoa.

Duas ordens de influxos devem ser expostos à sociedade para seu amplo debate. Aquela das convicções ético-religiosas de cada cidadão a respeito desses avanços científicos, de sua aceitação ou de sua recusa. O outro é o dos influxos que as novas tecnologias trarão para as relações entre as pessoas, abrangendo direitos que até aqui nunca foram envolvidos. Recentemente eram impensáveis. Se não começarmos a nos afligir com isso, a curto prazo, nós - os preocupados com o direito - estaremos mais uma vez perdendo o bonde da história.

*Transcrito da Folha de S. Paulo 27/2/94*

## **COMUNICADO**

**A Associação Médica Homeopática Brasileira filiada a Associação Médica Brasileira, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina vem a público esclarecer que:**

*Práticas terapêuticas denominadas de alternativas, tais como: escaidapés, emplastos de argila, banhos de assento, banhos de lama, florais de Bach, Iridologia, quirologia, quiropatia, fitoterapia, naturopatia, do-In, osteopatia, moxabustão, probiótica, ventosoterapia, radiologia, cromoterapia, antroposofia, radíestesia, medicina ortomolecular.*

**NÃO FAZEM PARTE DA PRÁTICA MÉDICA HOMEOPÁTICA**  
ao contrário do que muitas vezes é veiculado na imprensa em geral.

**A Homeopatia é ESPECIALIDADE MÉDICA, sendo seu exercício profissional restrito somente a profissionais legalmente habilitados à prescrever medicamentos.**

São Paulo, outubro 1993

**Comissão de Ética Médica  
e Defesa Profissional  
AMHB**

# **Pode um médico cobrar consulta por assistir a um paciente, sem estar de plantão ou ser solicitado pelo plantonista?**

**PARECER CFM**

O Diretor Clínico do Hospital Geral de Cambuquira - MG, faz a seguinte consulta:

"um hospital do interior, com um corpo clínico de 08 médicos, que mantém convênio com INSS e SUS, coloca um plantonista diariamente para servir à população, em esquema de rodízio. Uma paciente gestante dá entrada no hospital, não quer que o parto seja assistido pelo médico plantonista e solicita a presença do ginecologista-obstetra que se encontra em sua residência. O obstetra presta assistência ao parto e o recebe posteriormente pelo INSS.

Tem o obstetra direito a cobrar uma consulta, por ter saído de sua residência e assistir à paciente, sem estar de plantão ou ser solicitado pelo colega plantonista, visto que o parto natural poderia ter sido assistido pelo médico plantonista? (apesar de não ser um obstetra)."

## **PARECER**

Entendo que quando o médico parteiro concordou em receber o parto pelo INSS caracterizou a natureza do vínculo. Deixou de ser de caráter particular e passou a ser de responsabilidade do convênio. Querer receber qualquer quantia a título de consulta ou qualquer outro procedimento caracteriza dicotomia e, portanto, cobrança indevida.

## **CONCLUSÃO**

O médico, neste caso, não pode cobrar particularmente da paciente a consulta e do INSS o parto.

Este é o meu parecer, salvo melhor juízo.

Brasília, 18 de agosto de 1993.

**ANTONIO JAJÁH NOGUEIRA**  
*Cons. Relator*

*Parecer Aprovado*  
*Sessão Plenária de 17/9/93*

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
11(41): 50, 1994



# ACÓRDÃO

PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL CRM Nº 004/90

RECURSO EM PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL  
PROCESSO ÉTICO-PROFISSIONAL Nº 53/92  
ORIGEM: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ  
(Processo nº 004/90)

APELANTE - Dr. D.B.  
APELADO - Sr. Otávio Sabino Trindade  
ACÓRDÃO - CRM PR 013/91

EMENTA - Ao médico cabe utilizar todos os meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento do paciente, sem o qual incorre em ilícito ético.

## ACÓRDAM

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, os membros da 3ª Câmara do Tribunal Superior de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, reunidos em sessão realizada em 15 de julho de 1993, referente ao julgamento do Processo Ético-Profissional CFM nº 53/92, em que figura como Apelante o Dr. D.B., conforme disposto na Resolução CFM nº 1364/93, ACORDARAM, por unanimidade de votos, negar provimento ao recurso interposto pelo Apelante, mantendo a decisão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, que lhe aplicou apenas de "Censura Pública em Publicação Oficial" prevista na letra "c" do artigo 22 da Lei 3.268/57, por infração ao artigo 57 do Código de Ética Médica.

A presente decisão foi tomada nos termos do voto do Conselheiro Relator Antonio Jajáh Nogueira que passa a integrar o presente.

Brasília, 15 de julho de 1993.

CLAUDIO BALDUINO SOUTO FRANZEN  
Presidente

ANTONIO JAJÁH NOGUEIRA  
Relator

Arq. Cons. Region. Med. do PR.  
11(41): 51,1994

# PROMOÇÃO

## CONCURSO MELHOR MONOGRAFIA DE ÉTICA MÉDICA

Tema 94: "A ÉTICA E OS PLANOS DE SAÚDE"  
PRÊMIO: 800 URVs

### REGULAMENTO.

**Art. 1º** - O "Prêmio - Monografia de Ética Médica" será anualmente conferido a melhor monografia inédita sobre tema de ética médica, apresentada segundo os critérios expostos.

**Art. 2º** - Em cada ano um novo tema será escolhido pelo plenário do CRM.

**Art. 3º** - Ao 1º colocado será conferido um Certificado "Prêmio-Monografia de Ética Médica" correspondente a 800 URV.

**Art. 4º** - A Comissão Julgadora poderá a seu critério, atribuir um certificado de Menção Honrosa à outros trabalhos que julgar merecedores.

**Art. 5º** - Poderão concorrer ao prêmio, pessoas de qualquer profissão e nacionalidade brasileira;

§ Único - Não é permitida a participação de Membros e Funcionários do CRM/PR.

**Art. 6º** - O prazo para inscrição dos trabalhos se encerrará às 18:00 horas, do dia 1º de agosto de 1994.

**Art. 7º** - A entrega do prêmio será procedida em Sessão Solene, no "Dia do Médico", dia 18 de outubro.

**Art. 8º** - Os trabalhos poderão conter material ilustrativo e deverão ser datilografados em espaço duplo, em um lado de folha tamanho ofício, com no mínimo de 20 e um máximo de 30 laudas, contendo obrigatoriamente os dados seguintes:

- a) - título do trabalho e pseudônimo do autor;
- b) - o nome completo, endereço, telefone e qualificação profissional do autor, colocados em envelope não transparente, anexo ao trabalho.

**Art. 9º** - Os trabalhos deverão ser remetidos em 3 vias à sede administrativa do CRM, situada à Rua Marechal Deodoro, 497, 3º andar - CEP 80.020-320 - CURITIBA - PARANÁ Fone (041) 223-1414. Na frente do envelope deve constar: "Prêmio - Monografia de Ética Médica".

**Art. 10** - O trabalho premiado será publicado nos Arquivos do CRM/PR. Aos demais cabe prioridade de publicação aos Arquivos do CRM, se for do seu interesse.

**Art. 11** - O julgamento dos trabalhos caberá a uma "Comissão Julgadora" composta de 3 pessoas, escolhidas pelo plenário do CRM/PR.

**Art. 12** - A Comissão Julgadora deverá analisar os trabalhos até o dia 10 do mês de setembro.

**Art. 13** - A Comissão Julgadora, a seu exclusivo critério, poderá não conferir o prêmio, caso os trabalhos apresentados não atendam os méritos desejados.

**Art. 14** - Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

**Art. 15** - O prêmio é intransferível, individual e pessoal. Se o trabalho for coletivo, poderá ser atribuído em conjunto aos seus autores, aos quais cabe decidir entre si a forma de divisão da parte em dinheiro e designação de um representante para o recebimento dos prêmios. O Certificado, também neste caso, será único, com o nome de todos os autores.

**Art. 16** - O CRM deverá todo mês de março iniciar a distribuição de cartazes alusivos ao concurso.

**Art. 17** - O concurso e o seu resultado serão divulgados pela imprensa.

**Art. 18** - Os casos omissos serão dirimidos pelo Plenário do CRM.

# **AVALIAÇÃO URODINÂMICA**

**PARECER CFM**

A Associação Médica Brasileira, para solucionar quarelas entre a Sociedade Brasileira de Urologia e a Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, solicita ao Conselho Federal de Medicina parecer definitivo sobre quem está apto a realizar e interpretar o exame de avaliação urodinâmica.

O médico, ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina, está autorizado a executar qualquer ato médico (Decreto nº 20.931 de 11/01/1932 e Art. 21 do Código de Ética Médica).

A má prática médica, causada por imperícia, imprudência ou negligência é passível de punição pelos Conselhos Regionais (Art. 2º, 29 do C.E.M.) e pela justiça comum (Código Penal Art. 121).

Portanto, somos da opinião que a realização e interpretação de exame de avaliação urodinâmica não são exclusivos do médico urologista ou do fisiatra, mas como qualquer outro ato médico, ele poderá ser realizado e interpretado por todos os médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina.

Este é o meu parecer s.m.j.

Brasília, 10 de março de 1993.

JOÃO DAMASCENO PORTO  
Cons. Relator

Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 16/4/93

**INSS NORMALIZA A FISCALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DO MÉDICO MEMBRO DO CORPO CLÍNICO EM COOPERATIVAS MÉDICAS, ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES e AFINS**

---

**ORDEM DE SERVIÇO Nº 98, DE 24 DE NOVEMBRO DE 1993**

Estabelece procedimentos para fiscalização de cooperativa médica, estabelecimento hospitalar ou afim.

**FUNDAMENTO LEGAL:**

Lei nº 5.764, de 16/12/71

Lei nº 6.932, de 07/07/81

Lei nº 8.138, de 28/12/90

Lei nº 8.212, de 24/07/91

Lei nº 8.725, de 05/11/93

Decreto-lei nº 73, de 21/11/66

Decreto nº 356, de 07/12/91, com a nova redação dada pelo Decreto nº 612, de 21/07/912

A DIRETORIA DE ARRECAÇÃO E FISCALIZAÇÃO do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 175, inciso III, do Regimento Interno do INSS, aprovado pela Portaria MPS nº 458, de 224 de setembro de 1992.

CONSIDERANDO a necessidade de se uniformizarem os procedimentos fiscais junto às cooperativas médicas e entidades hospitalares ou afins, objetivando maior arrecadação e controle da receita previdenciária;

CONSIDERANDO a necessidade de fixar-se entendimento sobre relações de trabalho,

resolve estabelecer os seguintes procedimentos:

**I - DA COOPERATIVA MÉDICA**

1 - Cooperativa médica é a sociedade civil, constituída por médicos de uma ou mais especialidades, que tem por objetivo arremeter clientes para serem atendidos pelos seus cooperados, sem, contudo, perderem a condição de profissional liberal.

2 - O segurado que presta serviço a cooperativa médica será enquadrado, dentre outras, numa das seguintes categorias:

### **2.1 - Como empresário:**

- a) o médico cooperado eleito para cargo de direção;
- b) o membro e o Conselho de Administração que receba "pró-labore".

### **2.2 - Como empregado:**

o que, de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, tenha vínculo empregatício, caracterizado pela prestação de serviço não eventual, remunerado e com subordinação à cooperativa, inclusive o médico não cooperado.

**2.2.1 - o médico ou qualquer outro profissional da saúde, mesmo cooperado, que presta atendimento a cliente de estabelecimento hospitalar ou afim que não seja conveniado ou de propriedade da cooperativa, será considerado empregado em relação a esse estabelecimento.**

### **2.3 - Como autônomo:**

- a) o médico cooperado que, nessa situação, presta serviços a terceiros, pessoa física ou jurídica, ainda que esses serviços sejam executados nas dependências de hospital conveniado;
- b) o membro do Conselho Fiscal que receba "pró-labore".

## **II - DA FISCALIZAÇÃO DA COOPERATIVA MÉDICA**

**3 - Na fiscalização da cooperativa, deverão ser analisados, dentre outros, os seguintes elementos:**

- a) estatuto da cooperativa médica;
- b) ata de eleição dos membros de Conselho de Administração;
- c) contrato com entidade conveniente, pública ou particular.

**3.1 - A cooperativa deverá comprovar, perante a fiscalização, os pagamentos efetuados a seus associados, mediante a elaboração de folha de pagamento nominal mensal e lançamentos contábeis em conta própria e distinta.**

**3.2 - Quando a fiscalização constatar, por meio do faturamento, a frequência na prestação de serviço a uma clientela restrita e permanente, constituída principalmente de entidades hospitalares, o Fiscal de Contribuições Previdenciárias-FCP emitirá Subsídio à Fiscalização - SF, a ser encaminhado à Gerência Regional de Arrecadação e Fiscalização - GRAF Jurisdicionante da entidade hospitalar, para que seja verificado se ocorreram as situações previstas nos subitens 2.2.1 ou 4.1, letra a", da presente Ordem de Serviço-OS.**

## **III - DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR OU AFIM**

**4 - O segurado a serviço de entidade hospitalar ou afim será enquadrado, dentre outras, numa das seguintes situações:**

#### **4.1 - Como empregado:**

a) o integrante do corpo clínico, que presta serviço não eventual, remunerado e com subordinação ao estabelecimento hospitalar, inclusive o associado à cooperativa médica;

b) os integrantes de equipe médica que não estiverem comprovadamente vinculados a outra pessoa jurídica que presta serviços ao hospital no atendimento a seus clientes, mediante a emissão de nota fiscal de serviço/fatura correspondente ao serviço prestado;

c) o médico plantonista, independentemente da forma de remuneração;

d) o médico-residente que presta serviços em desacordo com os termos da Lei 6.932, de 07/07/81, com as alterações introduzidas pelas Leis 8.138, de 28/12/90, e Lei 8.725, de 05/11/93.

4.1.1 - Em todas as alíneas acima, fica configurado o vínculo empregatício, ainda que o médico mantenha com o hospital contrato a título de locação de consultório.

4.2 - Como equiparado a autônomos: o médico-residente - aquele que se especializa em curso de pós-graduação em entidade credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica, na forma da Lei nº 6.932, de 07/07/91, e alterações posteriores.

#### **IV - DA FISCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR OU AFIM**

5 - Na fiscalização do estabelecimento hospitalar ou afim, deverão ser analisados, dentre outros, os seguintes elementos:

a) regimento interno do hospital (verificar a composição da diretoria, corpo clínico permanente, critério de manutenção do plantão etc.);

b) ata de eleição de membros da Administração;

c) credenciamento perante a Comissão Nacional de Residência Médica, contrato padrão de matrícula e demais documentos exigíveis, com relação a bolsista e médico-residente;

d) documento contábil relativo a transferências, que possam ser caracterizadas como remuneração;

e) convênio firmado com cooperativa médica, respectivas faturas e relação nominal mensal dos médicos prestadores de serviços.

5.1 - Existindo nota fiscal ou fatura de prestador de serviços médicos a entidade hospitalar ou afim, caberá ao FCP a emissão de SF, a ser encaminhado à GRAF Jurisdicionante da prestadora de serviços médicos.

#### **V - DISPOSIÇÕES FINAIS**

6 - Na fiscalização de empresa de seguro-saúde, o FCP deverá observar se a empresa efetuou pagamento a título de reembolso diretamente a seus segurados, cuja prática é vedada pelo art. 130 do Decreto-lei nº 73, de 21/11/66, quando então o valor reembolsado será considerado remuneração paga ao profissional da área de saúde (na condição de autônomo), salvo comprovação por nota fiscal de que o serviço foi prestado por pessoa jurídica.

7 - Esta OS entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Orientação de Serviço IAPAS/SAF nº 21, de 17/01/94, e demais disposições em contrário.

Rosaneide Anastácio Machado  
Ministério da Previdência Social

# Você confia nos médicos?

Gilberto Dimenstein\*

Articulista da Folha de S. Paulo

**BRASÍLIA** - Estava decidido a escrever hoje sobre detalhes do plano econômico. Não resisto, porém, a tentação de comentar um assunto que está apaixonando Brasília e passa longe da Esplanada dos Ministérios. Localiza-se numa clínica ginecológica, estimulando o debate sobre impunidade.

Há quatro anos, uma jovem deu queixa na polícia de Brasília, acusando o badalado ginecologista Vasco Rodrigues da Cunha de abuso sexual. Nada aconteceu. Pior: sumiram com o inquérito. Nova queixa no começo de 1993, desta vez por roubo de dinheiro contra uma paciente, foi apresentada no Conselho Regional de Medicina. Nenhum efeito prático.

Só agora, graças à Delegacia da Mulher, o escândalo veio a tona e transbordam testemunhas, com incríveis revelações. O ponto é o seguinte: fala-se muito dos políticos. São acusados de larápios para baixo. Mas será que nossos políticos são muito piores do que os médicos?

Apesar de vítimas de desleixo ou erro, qual a percentagem de pacientes, mesmo de bom nível educacional, que já reclamaram no CRM? Quantos foram cassados ou punidos? Aliás, fizéssemos uma pesquisa de opinião, veríamos que uma ínfima minoria não saberia sequer da existência de um fórum para analisar e punir erros médicos.

Não estou querendo aqui fazer acusações generalizadas aos médicos. Até porque todos temos conhecimento que muitos devem sua vida a excelentes e dedicados profissionais. Sou estimulado, porém a levantar a suspeita de que uma taxa de impunidade é assegurada pelo corporativismo - uma praga também da administração pública. Bobagem, portanto, esse clima de histeria nacional contra os políticos. Será que os jornalistas, publicitários, advogados, engenheiros ou arquitetos teriam a coragem de se apresentar como símbolos intocáveis da transparência nacional?

Vou além: por serem fiscalizados diariamente pela imprensa, os políticos são mais transparentes do que as outras categorias da sociedade.

Arrisco dizer que, fosse dada a mesma atenção e fiscalização a médicos, por exemplo, muita gente ia se sentir preocupada em andar de branco nas ruas.

Transcrito da Gazeta do Povo, 27/2/94

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

## COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

### 1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

**Presidente:** Cons. Miguel Ibrahim aboud Hanna Sobrinho  
Cons.<sup>a</sup> Ana Zulmira Eschholz Diniz  
Cons. Antonio Carlos Bagatin  
Cons. Mário Lobato da Costa  
Cons. Moacir Pires Ramos  
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire  
Cons.<sup>a</sup> Wilma Brunetti

### 2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

**Presidente:** Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão  
Cons. Álvaro Rêa Neto  
Cons. Luiz Carlos Sobania  
Cons.<sup>a</sup> Wilma Brunetti  
Cons.<sup>a</sup> Zaira Lucia Letchacovski de Mello

### 3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

**Presidente:** Cons. Hélio Bertolozzi Soares  
Cons. Antonio Katsumi Kay  
Cons.<sup>a</sup> Mariana Cristina Milano Campos  
Cons. Ricardo Fydygier de Ruediger  
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

### 4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

**Presidente:** Cons. Agostinho Bertoldi  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)  
Cons. Mário Luiz Luvizotto  
Cons.<sup>a</sup> Mara Albonei Dudeque Pianovski

### 5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

**Presidente:** Cons.<sup>a</sup> Eleusis Ronconi de Nazareno  
Cons. João Batista Marchesini  
Cons. Monica De Biase Wright Kastrup

### 6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

**Presidente:** Cons. Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Cons. Carlos Castello Branco Neto  
Cons. José Carlos de Miranda  
Cons. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Cons.<sup>a</sup> Monica De Biase Wright Kastrup  
Cons. Nelson Antonio Baruffatti Filho (Foz do Iguaçu)

### 7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

**Presidente:** Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Gilberto Sacilotto (Guarapuava)  
Cons. Luiz Salim Emed  
Cons. Odair de Floro Martins

### 8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

**Presidente:** Cons. Alberto Accioly Veiga  
Cons. Carlos Roberto Goytacz Rocha  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão

### 9. CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons. Adolar Nicoluzzi  
Cons. Luiz Carlos Sobania  
Cons. Odair de Floro Martins

### 10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

**Presidente:** Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons.<sup>a</sup> Mara Albonei Dudeque Pianovski

## DELEGACIAS REGIONAIS

### DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Dr. Ivan Pozzi (Presidente)  
Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Secretário)  
Dr. Junot Cordeiro (Colaborador)  
Dr. Antonio Celso Busnardo (Suplente)  
Dr. Carlos Alberto Dorotheu Mascarenhas (Suplente)  
Dr. Edgard Luiz Westphalen (Suplente)  
Dr. João Henrique Steffen Junior (Suplente)  
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira (Suplente)  
Dr. Mário Tadaiti Iria (Suplente)  
Dr. Sinésio Moreira Junior (Suplente)  
Dr.<sup>a</sup> Sueli Aparecida Kubiack (Suplente)  
Dr. Walter Marcondes Filho (Suplente)

### DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende  
Dr. Kemei Jorge Chammus  
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho  
Dr. Mirna Okawa  
Dr. Giancarlo Sanches  
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado  
Dr. Natal domingos Gianotto  
Dr. Mario massaru Miyazato  
Dr. Claudio Cordeiro Albino  
Dr. Oswaldo Rodrigues Trute  
Dr.<sup>a</sup> Maria Tereza Coimbra  
Dr. Murilo Narciso

### DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Secretário)  
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)  
Dr. Enio Garletti (Suplente)  
Dr. Fernando José Puppi (Suplente)  
Dr.<sup>a</sup> Mari Marcias techy (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sacilotto (Presidente)  
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)  
Dr. Argos Von Linsingen (Colaborador)  
Dr. Antonio França de Araujo (Suplente)  
Dr.<sup>a</sup> Iara Rodrigues Vieira (Suplente)  
Dr. Liberto Mezzadri Neto (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)  
Dr. Ildelfonso Amoedo Canto (Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (Colaborador)  
Dr. João Petry (Suplente)  
Dr. Paulo Roberto Mussi (Suplente)  
Dr. Cesar Augusto Macedo de Souza (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Antonio Carlos de Andrade Soares (Presidente)  
Dr. Keith de Jesus Fontes (Secretário)  
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka (Colaborador)  
Dr. Namir Cavalli (Suplente)  
Dr. Faustino Garcia Aferez (Suplente)  
Dr. Luiz Roberto Gonçalves de Melo (Suplente)

### DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antonio de Mello Costa (Presidente)  
Dr. Guilherme Antonio Schmitt (Secretário)  
Dr. Fumiyo Sakabe (Colaborador)  
Dr. Nilson de Almeida (Suplente)  
Dr. Roberto José Linhart (Suplente)  
Dr. Ronaldo Borges Pereira (Suplente)