

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

PORTE PAGO

DR/PR

ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 14 n. 54 - abril / junho - 1997

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
GESTÃO 1993/1998
DIRETORIA

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Zacarias Alves de Souza Filho
1º Secretário:	Cons. Daebes Galati Vieira
2ª Secretária:	Cons. Marília Cristina Milano Campos
Tesoureiro:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro- Adjunto:	Cons. Hécio Bertolozzi Soares

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 (Londrina)
Dr. João Batista Marchesini
Dr. Kemel Jorge Chammas (Maringá)
Dr. Luiz Carlos Sobania
Dr. Luiz Fernando Bittencourt Beltrão
Dr. Luiz Sallim Emed
Dr. Mara Albonei Dudeque Pianovski
Dr. Marcos Flávio Gomes Montenegro
Dr. Mário Lobato da Costa
Drª Mônica De Biase Wright Kastrup
Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Dr. Odair de Floro Martins
Dr. Roberto Bastos da Serra Freire
Dr. Wadir Rúpollo
Dr. Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS SUPLENTES

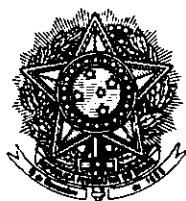
Dr. Adolar Nicoluzzi (***)
Dr. Alvaro Réa Neto
Dr. Alberto Accioly Veiga (*)
Drª Ana Zulmira Escholz Diniz
Dr. Antonio Carlos Bagatin
Dr. Antonio Katsumi Kay
Dr. Carlos Castello Branco Neto
Dr. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Dr. Gilberto Saciloto (Gurapuava)
Dr. Iracy Maciel Meyer (**)
Dr. José Carlos de Miranda
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Drª Marília Cristina Milano Campos
Dr. Mário Luiz Luvizotto
Dr. Moacir Pires Ramos
Dr. Nelson Antonio Barufatti Filho (Foz do Iguaçu)
Dr. Ricardo Rydygier de Ruediger
Drª Wilma Brunetti
Drª Zaira Lúcia Letchacovski de Melo

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessor Jurídico: Adv. Afonso Proença Branco Filho

(*) Licenciado
(**) Falecido
(***) Destituído

SECRETARIA

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320
Telephone: (041) 322-8238 - Fax: (041) 322-8465



ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de
Medicina do Paraná

Arq. Cons. Region. Med. do PR	Curitiba	v. 14	n. 54	p 59-116	Abr/Jun.	1997
-------------------------------	----------	-------	-------	----------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried O. Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Ehke Braga Filho

Duilton de Paola

Ehrenfried O. Wittig

Farid Sabbag

IMPRESSÃO

Comunicare Criação Gráfica

Rua Francisco Scremim, 1855-b

CEP 80450-320 - Curitiba - Paraná

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita aos Médicos do Paraná

CAPA

Criação: José Oliva Eduardo

Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

TIRAGEM

13.500 exemplares

EDIÇÃO

Trimestral

Sumário

Conheça Este Parecer Sobre Transusão de Sangue em Pacientes que Recusa por Religiosidade	59
Atendimento Pré-Hospitalar Especial Para o Trauma em Emergência Pode ser Executado por Para-Médicos	70
Há Obrigatoriedade no Cumprimento das Normas do CFM	73
Aspectos Éticos da Anti-Concepção na Adolescência	76
Laudo Pericial: Conceito e Cuidados	83
Aspectos da Responsabilidade Civil e do Dano Médico	87
A Participação Acadêmica Hospitalar e as Responsabilidades dos Diretores Técnicos e Diretores Clínicos	109
Mudou de Endereço	111
Competência / Incompetência - Pérolas da Burocracia	112
I - Possibilidade Jurídica de que Médicos que Tenham Sido Partes em Processos Éticos Integrem Comissão de Ética em Hospitais	113
II - Possibilidade Jurídica de que Médicos que Tenham Sido Partes em Processos Éticos Integrem Comissão de Ética em Hospitais	115
Museu de Medicina da AMP	116

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina 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 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 o título do artigo, nome do autor e da ilustração onde foi realizado. Os títulos do autor devem ser reduzidos no essencial. A revista não oferece separatas. Os unitermos serão preparados pelo autor. Esta revista segue as normas da ABNT - ISSN 0104 - 7620.

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 a vírgula, dos prenomes, citados pelas letras iniciais em letras maiúsculas; 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: WERNECK, LC & MAURO, S. Deficiência muscular da cartinina: relato de 8 casos com estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 43 (Nº 02): 281-295, 1985.

Nas referências bibliográficas de livros devem ser indicados: 1 - Sobrenome em letras maiúsculas, seguido de vírgula; 2 - Letras iniciais maiúsculas 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.

CONHEÇA ESTE PARECER SOBRE TRANSFUSÃO DE SANGUE EM PACIENTE QUE RECUSA POR RELIGIOSIDADE

Apelação Cível nº 595 - 6º Câmara Cível - Porto Alegre

CAUTELAR. TRANSFUSÃO DE SANGUE. TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Não cabe ao Poder Judiciário, no sistema jurídico brasileiro, autorizar altas hospitalares e autorizar ou ordenar tratamentos médico-cirúrgicos e/ou hospitalares, salvo casos excepcionalíssimos e salvo quando envolvidos os interesses de menores. Se iminente o perigo de vida, é direito e dever do médico empregar todos os tratamentos, inclusive cirúrgicos, para salvar o paciente, mesmo contra a vontade deste, de seus familiares e de quem quer que sejam ainda que a oposição seja ditada por motivos religiosos. Importa ao médico e ao hospital é demonstrar que utilizaram a ciência e a técnica apoiadas em séria literatura médica, mesmo que haja divergências quanto ao melhor tratamento. O Judiciário não serve para diminuir os riscos da profissão médica ou da atividade hospitalar. Se a transfusão de sangue for tida como imprescindível, conforme sólida literatura médico-científica (não importado naturais divergências), deve ser concretizada, se para salvar a vida do paciente, mesmo contra a vontade das Testemunhas de Jeová, mas desde que haja urgência e perigo iminente de vida (art. 146, § 3º, inc. I, do CP). Caso concreto em que não se verificava tal urgência. O direito à vida antecede o direito à liberdade, aqui incluída a liberdade de religião; é falácia argumentar com os que morrem pela liberdade, pois aí se trata de contexto fático totalmente diverso. Não consta que morto possa ser livre ou lutar por sua liberdade. Há princípios gerais de ética e de direito, que aliás norteiam a Carta das Nações Unidas, que se precisam sobrepor às especificidades culturais e religiosos; sob pena de se homologarem as maiores brutalidades; entre eles estão os princípios que resguardam os direitos fundamentais relacionados com a vida e a dignidade humanas. Religiões devem preservar a vida e não exterminá-la.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, apelante - Rubilar Cougo Goulart, apelado.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos. Acordam, em 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça, por maioria, negar provimento à apelação, vencido em parte o Des. Osvaldo Stefanello que provia em parte o apelo quanto à sucumbência, o que decidem de conformidade e pelos fundamentos constantes das inclusas notas taquigráficas que integram o presente acórdão. Custas na forma da lei.

Participam do julgamento os signatários.

Porto Alegre, 28 de março de 1995. Cacildo de Andrade Xavier, Presidente - Sérgio Gischkow Pereira, Relator - Osvaldo Stefanello, vencido, em parte.

RELATÓRIO

Des. Sérgio Gischkow Pereira - 1. Adoto, inicialmente, o relatório da sentença de fls. 346/350, que segue abaixo transcrito: "Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ajuizou ação cautelar inominada contra Rubilar Cougo Goulart, qualificado.

"Em data de 20/08/93, o réu internou-se nas dependências do complexo hospitalar da autora, para tratamento clínico. Durante a internação seu estado geral foi-se agravando, sendo constatado ser o réu portador de trombose de vias porta e varizes de esôfago, conforme atestado médico incluso nos autos.

"Tal situação não seria revestida de maior gravidade se o paciente, ora réu, não fosse integrante do movimento Testemunha de Jeová que, nesta condição, não permite seja nele empreendida transfusão sangüínea.

"Verifica-se, pela análise do termo de isenção de responsabilidade, pelo demandado subscrito, constante dos autos, a sua veemente negativa em receber transfusões sangüíneas, o que foi também, reiteradas vezes, manifestado verbalmente nas dependências da enfermaria.

"O requerido é portador de moléstia que, pelas suas características, necessita de complementação de tratamento por transfusão de sangue, eis que a estabilidade hemodinâmica do paciente está significativamente alterada.

"Tanto o paciente como os seus familiares negam-se terminantemente a receber a conduta ministrada pelos profissionais da área médica que exercem suas atividades nas dependências da autora, alegando motivos de crença religiosa e dizendo-se conscientes dos riscos que correm. Tal resistência tem como conseqüência a impossibilidade de obter-se êxito no tratamento que se pretende aplicar ao paciente.

"Diante da realidade fática, há evidente conflito entre a ideologia religiosa do movimento e a legislação contemporânea vigente, segundo a qual, por ser o 'bem jurídico vida' indisponível ao paciente, independentemente de seu credo, devem ser ministrados todos os expedientes médicos que se fizerem necessários para que se evite a consumação do evento morte.

"A prestação de serviços profissionais na área médica é, entretanto, antes de tudo, uma relação contratual, que pressupõe anuência e consenso das partes, inclusive no que se refere à metodologia que será empreendida na consecução de seu objetivo, que é o tratamento clínico.

"Em se tratando de pacientes Testemunhas de Jeová, os limites de atuação do médico, antes mesmo da prática de qualquer atividade com finalidade curativa, são sobremaneira maiores, diante da negativa em receber transfusões, ainda que de seu próprio sangue, coletado anteriormente ao procedimento cirúrgico a ser implementado.

"Por se tratar de paciente dotado de capacidade volitiva e intelectual plena, não deve o profissional da área médica, sob pena de invadir esfera jurídica que não lhe é própria, extrapolar a vontade individual do paciente. A contrário senso, segundo as próprias determinações do Código de Ética Médica, o médico deve fazer de tudo o que se encontra ao seu alcance para a promoção do bem-estar e cura do paciente, no exercício da finalidade precípua de sua atividade profissional.

"Foram esgotadas todas as demais possibilidades terapêuticas que não a transfusão de sangue. A questão é polêmica, razão pela qual foi ajuizada a presente ação.

"Requeru a concessão de liminar, para autorizar a alta hospitalar do réu, uma vez que já foram realizados todos os tratamentos alternativos possíveis, ou, caso não seja possível a alta hospitalar, autorização para efetivação da transfusão sangüínea no réu; a citação do demandado; a concessão do benefício da assistência judiciária gratuita e a procedência da ação.

"Juntou documentos. Após parecer favorável do Ministério Público, às fls. 13/14, o MM. Juiz de Direito plantonista concedeu a liminar requerida, determinando a transfusão de sangue no paciente, conforme despacho de fl. 14v. Citado e intimado o réu, fl. 18v, o mesmo contestou a ação, conforme peça de fls. 22/61. Alegou o réu que ao ser atendido no hospital da autora teve seus direitos de cidadão brasileiro violados pela imposição de tratamento desnecessário para o qual existem alternativas de validade comprovada na literatura médica especializada, a nível mundial.

"Mencionou que o tratamento proposto pela autora contém riscos inerentes bem conhecidos, tais como a hepatite, Doença de Chagas e AIDS. Estes riscos deveriam ter sido esclarecidos pelos médicos da autora, em consonância com o art. 46 do Código de Ética Médica.

"A transfusão sangüínea não é o único e necessário tratamento para a anemia aguda, conforme se afere dos relatórios médicos juntados aos autos.

"O requerido é sabedor de que seu problema de saúde é crônico e insolúvel pelos atuais meios médicos disponíveis, sendo que a recusa de transfusão diminui os riscos de ressangramento.

"O demandado é maior de idade, com formação universitária, e se manifestou por escrito e verbalmente reiteradas vezes por repulsa ao tratamento que os médicos da autora quiseram-lhe impor.

"Inconforma-se que um médico, quer por preconceito religioso, quer por limitação profissional, venha a juízo requerer autorização judicial para violar direitos individuais consagrados, com base em atestado incompleto, com o claro objetivo de justificar o iminente risco de vida, tão iminente que o paciente ainda está vivo, a par de não ter sido procedida a transfusão sangüínea, estando o mesmo em razoáveis condições físicas, conforme atestam as fotografias juntadas aos autos.

"O réu em nenhum momento manifestou o desejo de suicídio, mas procurou com afincado tratamento médico, primeiro na cidade de Esteio/RS, onde foi recusado, e depois no hospital da autora, onde foi vítima de tratamento desumano, aéptico e de discutível nível técnico.

"Ao alegar o iminente risco de vida, a autora falta com a verdade, conforme dados do prontuário médico, que mostram a condição de estabilidade clínica. Como se pode ver no atestado de fl. 7, o médico informa a dosagem de hemoglobina do paciente como estando em 4,8 g/dl, o que é verdade, no entanto, este omite que, no dia da propositura da presente ação, a hemoglobina do paciente já havia subido para 6,2 g/dl, conforme documento inserto com a contestação. Esses níveis de hemoglobina permitem a realização de cirurgias de emergência, conforme mostram os relatos da literatura médica juntados aos autos.

"O contrato de serviços médicos é um contrato de meios, onde o paciente é, por seu custeio direto ou indireto, o contratante do mesmo e, portanto, o senhor da relação. O art. 61 do Código de Ética Médica ensina que o médico pode renunciar ao atendimento do paciente, em face da recusa de toda a terapêutica ou, como no caso ora examinado, de apenas parte da mesma. Em caso de renúncia, o médico

teria de permanecer atendendo ao paciente até que outro profissional quisesse fazê-lo, jamais forçando a alta hospitalar ou abandonando o paciente à própria sorte.

"Não podendo o réu impedir a violência física que estava para lhe ser perpetrada pelo médico, não vislumbrou outra alternativa a não ser evadir-se da enfermaria, refugiando-se no saguão do hospital, de onde somente saiu ao perceber que ameaça à sua integridade estava tornando-se inevitável, retornando ao seu domicílio por seus próprios meios, demonstrando inequivocamente a inveracidade da afirmação do médico-assistente de que seu estado era crítico e instável.

"Ao tentar transfundir sangue no réu, contra a sua vontade, a demandante também violou o Código de Defesa do Consumidor, que protege o paciente quanto à saúde e contra cláusulas abusivas impostas ao fornecimento do serviço médico.

"Requeru a revogação da liminar concedida; a determinação para que a autora reinicie imediatamente o tratamento do réu, dentro dos limites do seu consentimento; o benefício da assistência judiciária gratuita e a improcedência da ação.

"Juntou documentos, pareceres e fotografias. Concedido o benefício da assistência judiciária gratuita para ambas as partes foi designada audiência.

"Dada vista dos autos ao Ministério Público, o mesmo entendeu por não se manifestar no feito, conforme parecer de fl. 63. Às fls. 69/75, o médico Hugo Cheinquer, responsável pelo tratamento do réu, justifica a sua impossibilidade de comparecer à audiência aprazada.

"Designada nova audiência, o réu foi autorizado a ser assistido pelo Dr. Gustavo Sisson, que afirmou desnecessidade de transfusão sangüínea, conforme termo de fl. 80. Às fls. 84/133, foi juntada aos autos fotocópia do prontuário médico do réu. Instruído o feito, foram inquiridas quatro testemunhas. Contra a decisão que indeferiu o pedido de encaminhamento do prontuário médico do réu ao Departamento Médico Judiciário, foi interposto agravo de instrumento, o qual ficou retido nos autos, conforme termo de fl. 189.

"Foram juntadas aos autos as traduções e novas literaturas médicas, por parte da autora e réu, conforme fls. 196/312. Encerrada a instrução, houve a concessão de prazo individual, para o oferecimento de memoriais, os quais foram apresentados às fls. 323/339 e 341/344".

2. Em sentença de fls. 346/354, a magistrada julgou improcedente a ação cautelar inominada, condenando a autora nas custas processuais e honorários advocatícios, os quais arbitrou em 20% sobre o valor corrigido da causa.

3. Irresignada, apelou a autora (fls. 355/360). Renovou seus argumentos pretéritos, ratificando-os integralmente. Disse que restou demonstrada, de forma inequívoca, a gravidade do quadro clínico do réu, que necessitava de transfusão sangüínea para que fosse afastado o iminente risco de vida, face à patologia da qual é portador, qual seja varizes esofágicas, com quadro de hemorragia digestiva superior alta, baixa tensão postural e taquicardia reflexa, em situação "gravíssima", "de alto risco", conforme colhido em depoimento médico que lhe prestava assistência médica, com notável qualificação profissional de especialização.

Além disso, a indicação de aplicação terapêutica de transfusão sangüínea foi respaldada com farta bibliografia médica, repisando a propriedade do juízo singular, que concedeu a liminar pleiteada pela autora por ocasião do ajuizamento da ação.

Na hipótese presente, o único tratamento a ser prescrito, vez que esgotadas todas as demais técnicas terapêuticas alternativas, era a transfusão. Foi concentrada, no caso em tela, toda a atenção da equipe médica à saúde do apelado, em benefício

da qual foram empreendidos o máximo de zelo e o melhor de suas capacitações profissionais, tendo si plenamente atendidos os comandos contidos nos arts. 1º, 2º. E 9º do Código de Ética Médica.

Também não houve qualquer ofensa à vida, integridade física, privacidade ou liberdade de pensamento, ao contrário, no curso do período de internação do réu nas dependências da apelante, sempre foram desencadeados atos visando à informação do paciente acerca dos riscos inerentes à patologia da qual ele era portador, assim como foram-lhe transmitidos os riscos e vantagens da transfusão sangüínea indicada para o caso.

Da mesma forma, sempre foi respeitada a vontade e a crença religiosa do paciente, inexistindo ato de conotação preconceituosa. Ocorre que, a fim de evitar-se o evento morte, urgiu a necessidade imperiosa de restabelecimento do quadro clínico e estabilidade do apelado.

Asseverou que a negativa do réu em ser transfundido foi entremeada por momentos de incerteza e dúvida, o que descaracteriza a plenitude de sua capacidade volitiva e intelectual plena, referidas na sentença atacada, ao contrário do entendimento do Juiz a quo.

Houve, in casu, eficiente manifestação do Judiciário, que somente não se consumou no plano fático pela evasão do apelado. Esvaziou-se, na relação de Direito Material, o objeto da presente demanda, pois foi atendida a providência buscada junto ao Poder Judiciário.

O fato de não ter efetivamente ocorrido o óbito do paciente não afasta a situação de risco a que esteve exposto, bem como o fato de ter sido exitosa a conduta médica realizada pelo Dr. Sisson não afasta o perigo e a iminência de ocorrência de nova hemorragia e, fatalmente, o óbito do paciente, que certamente seria evitado através de transfusão sangüínea. Ademais, por ser o médico integrante do movimento religioso "Testemunhas de Jeová", não indicando em nenhum caso a transfusão sangüínea, sua conduta profissional foi no mínimo tendenciosa.

Com relação à alta hospitalar do paciente, requerida quando do ajuizamento da presente demanda, esta buscava a manutenção da "liberdade" e o livre arbítrio do paciente, em decorrência da negativa de ser transfundido.

Nunca foi procedido qualquer ato que negasse assistência à saúde do apelado nem, tampouco, tendente à determinação da sua alta hospitalar, consoante registros consignados nos respectivos prontuários médicos.

O que se pretendeu foi uma posição do Judiciário acerca do procedimento a ser adotado e a questão foi superada quando da apreciação dos pleitos formulados na cautelar interposta.

Isto posto, requereu fosse reformada a decisão a quo, dando-se integral provimento ao recurso.

4. O apelado contra-arrazoou às fls. 363/367. Inicialmente renovou suas razões anteriormente expostas, ratificando-as.

5. Ressaltou que, conforme restou provado, a apelante, por preconceito religioso, por má-fé ou incompetência e usando de falsos argumentos, fez com que o júzo erroneamente determinasse a transfusão de sangue. No entanto, foi revogada a tempo a autorização para a transfusão e permitido que o apelado recebesse tratamento isento de sangue, com uma excelente recuperação, dentro dos limites de

seu caso. Ademais, durante a instrução ficou comprovado que não havia necessidade de transfusão de sangue sob risco de vida, posto que o apelado está vivo sem tomar uma gota de sangue.

Outrossim, mencionou que a sua posição é protegida pela Carta Magna, que assegura o direito à liberdade religiosa e de consciência e o direito à privacidade. Dessa maneira, tem o apelado direito de ver respeitado a sua consciência e a liberdade de culto.

Invocou, ainda, lições doutrinárias a respeito, frisando que o direito de recusa quanto à transfusão é assegurado pelo Código de Ética Médica e pelo Código de Defesa do Consumidor.

Face ao exposto, postulou fosse mantida a decisão monocrática. É o relatório.

VOTO

Des. Sérgio Gischkow Pereira - Na verdade o processo ficou sem objeto, pois o apelado se evadiu do hospital mantido pela apelante. A cautelar queria autorização para alta do paciente ou, como alternativa, fosse determinada a efetivação da transfusão sangüínea. Se o réu saiu do hospital, evidente que ficava sem sentido e esvaziado o processo. Cumpriria extingui-lo por falta de objeto, como é elementar.

De qualquer forma, contudo, faço algumas considerações sobre o mérito, para fins de imputação dos ônus sucumbenciais. É sabido que, quando extinto o feito por falta de objeto, a melhor doutrina recomenda que a questão dos honorários e das despesas processuais seja resolvida levando em conta quem sairia exitoso na demanda, se esta prosseguisse.

Porém, apesar da relevância extrema do assunto, não me vou alongar no caso concreto, pois, afinal, se trata agora de apenas deliberar sobre quem paga despesas processuais e honorários de advogado; nada mais. Nem a enorme carga de serviço permite que eu mais me estenda, quando não mais estão em jogo a liberdade, a vida e a saúde do apelado e nem a responsabilidade do hospital.

Tenho que no caso concreto está correta a sentença da Dra. Matilde Chabar Maia. Não entendo sequer que esteja na órbita de atuação do Poder Judiciário o conceder ou não altas hospitalares, desde que não se cogite de interesses de menores ou incapazes. A responsabilidade é exclusiva do médico e do hospital. Está-se pretendendo o exercício indevido de uma jurisdição voluntária por parte da Justiça. Comparo esta situação com aquela correspondente a pedidos, que ingressaram no Judiciário, visando à autorização para que o médico extirpasse órgãos sexuais de um homem transexual que queria adquirir conformação feminina. Basta colocar a seguinte questão: de que adiantaria ao Juiz deferir o pedido, se a cirurgia fosse considerada como um crime? O Judiciário não, pode autorizar prática de atos definidos como crime! Cumpria ao médico e ao paciente assumirem integral responsabilidade por seus atos e não buscarem o acobertamento de estranhas autorizações judiciais. Para a alta hospitalar também se põe o problema: e se a Justiça, autorizando a alta, provoca a morte do doente? Basta lembrar o famoso caso de manter ou não o doente com vida praticamente artificial, conservada por aparelhos a ele ligados em caráter de permanência: se os aparelhos são essenciais à permanência com vida, simplesmente o hospital e os médicos não consentirão em que sejam desligados, ou seja, cumpre aos familiares do doente, ou a este

próprio, se possível, pedir ao Judiciário, aí sim, a retirada do paciente dos aparelhos e até do hospital.

Também não vejo que, no tocante a maiores e capazes, caiba ao Judiciário determinar realização deste ou daquele tratamento, pelo menos em tese e em princípio, ressalvados casos excepcionalíssimos. Se o caso não oferece urgência, o problema não existe. Se oferece urgência, nem precisa o médico ou o hospital de autorização judicial, pois, como ensina Antônio Chaves ("Direito à Vida e ao Próprio Corpo - Intersexualidade, Transexualidade, Transplante", Editora Ver. Dos Tribs., São Paulo, 2ªed., 1994, nº 85, pp. 247 e 248), "o consentimento é dispensado em intervenção de urgência", acrescenta o jurista que: "Não considera crime de contragimento ilegal o art. 146, § 3º, do CP, 'a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal se justificada por iminente perigo de vida' ". Seria, por exemplo, a hipótese de, durante uma cirurgia realizada em uma Testemunha de Jeová, se mostrar imprescindível imediata transfusão de sangue, sob pena de fracasso da operação e morte do operado: cumpriria aos médicos, simplesmente, efetivar a transfusão, sob pena do absurdo de precisarem suspendê-la para primeiro consultar terceiros, até mesmo ao Judiciário! Por óbvio, resultaria morto o paciente. Está em jogo, em evento como o exemplificado, a vida, valor maior de todos e do qual o sistema jurídico não permite que as pessoas disponham, tanto que não tolera o suicídio e a eutanásia. Não nego que muitas vezes e para muitos, a liberdade possa valer mais do que a vida, mas estes casos não podem ser erigidos em princípio geral; com toda a vênia, é retórica perigosa asseverar que a vida não deva ser priorizada em relação à liberdade: morto nunca poderá ser livre, ao passo que, estando vivo e sem liberdade, pode lutar por esta, até mesmo com - o que pode parecer paradoxal, mas não o é - o risco da própria vida. É sofisma argumentar com os que são capazes de dar a própria vida pela liberdade. Isto não demonstra que, em uma hierarquia axiológica, a preservação da vida venha depois da defesa de liberdade. Apenas revela que, em alguns casos, em determinados contextos sociais e históricos, o ser humano pode resolver lutar por sua liberdade, ainda que com isto ponha em risco a vida. Isto nada tem a ver com relação médico-paciente, quando se trata de salvar a vida do paciente. Aí o médico é até obrigado a salvar o doente, sob pena de ser acusado de homicídio culposo. De resto, primário que a vida não é direito disponível no Direito brasileiro e em todos os Direitos dos países mais civilizados. O dogma religioso não pode ir ao ponto de premeditadamente poder produzir a morte por proibição de tratamento médico. Nem a liberdade de religião, também importantíssima, fica derrubada porque, em certo e determinado caso incomum, o sistema jurídico opta pela vida em detrimento de dogma religioso.

Assim, diria até que a autora era carecedora de ação, por impossibilidade jurídica de seus pedidos. Não havendo urgência, vale a lição de Carlos Alberto Bittar ("Os Direitos da Personalidade", Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1ª ed., 1989, nº 56, p. 72): "Com referência às intervenções cirúrgicas, há que se observar, de início, a imperatividade da anuência do interessado, ou de quem o represente, dispensável apenas quando em estado de necessidade (CC, art. 160)". Assim, diz ele que a pessoa "pode recusar-se a internação em hospital, ou em casa de saúde ou de tratamento, enfim, à pessoa cabe definir a ação aplicável à sua condição

física, não podendo o profissional (médico, dentista, ou outro), sob pena de responsabilidade - civil e penal - coagi-la a qualquer intervenção ou outro procedimento" (idem, p. 73).

No caso presente, não havia a urgência, pois os médicos e o hospital não estavam diante de um quadro que exigisse imediata e instantânea atuação. Prova disto veio, sem dúvida, posteriormente, com a permanência com vida do apelado, mesmo tendo este se evadido do hospital; é fato novo que pode ser ponderado, com base no art. 462 do CPC. Neste contexto fático-probatório e por estas peculiaridades de caso concreto, concordo com a sentença em que era para ser respeitada a vontade do doente e de seus familiares. De qualquer forma, penso deixei claro - o que considero relevante - não se pode generalizar por qualquer lado, pois tudo depende dos fatos e das provas em cada situação concreta. Mas há mais: a própria inicial da demanda cautelar argumenta contra a autora! E digo isto porque disserta sobre o respeito à liberdade do paciente dotado de capacidade volitiva e intelectual plena, o que impediria a transfusão forçada de sangue; por isto o pedido de atuação do Judiciário. Ora, mas se a autora põe assim as coisas, é porque não estava diante de uma necessidade de atuação urgente e imediata, justificada por iminente perigo de vida (art. 146, § 3º, inc. I, do CP); mesmo porque, se caracterizado o iminente risco de vida, teria mesmo de fazer o que a técnica aconselhava, mesmo contrariando o paciente e seus familiares. Nelson Hungria ("Comentários ao Código Penal", Ed. Revista Forense, Rio de Janeiro, 1945, VI/152 a 163, nº 154), após expor as diversas opiniões a respeito - o que só confirma a complexidade da matéria - inclusive de autores estrangeiros, destaca, ao comentar o art. 146 citado, que "não basta um simples perigo à saúde, nem um remoto ou incerto perigo de vida. Cumpre que a intervenção médica ou cirúrgica se apresente necessária, urgente, inadiável, para conjurar a iminência da morte do paciente. É preciso que exista a realidade objetiva, concreta, do perigo de vida, que, certa ou muito provavelmente, segundo a indicação científica, será debelado pelo tratamento a aplicar. Não é suficiente uma possibilidade mediata do evento letal ou condicionada a eventuais complicações. Torna-se desautorizado o tratamento arbitrário mesmo nos casos em que, embora previsível a morte do enfermo, tenha este um período mais ou menos prolongado de sobrevivência" (pp, 162 e 163).

Em situações como a vertente, cumpre ao médico ou hospital munir-se de declarações dos interessados sobre o fato de não se quererem submeter ao tratamento, cirurgia, etc., assim como de testemunhas ou outras provas que se mostrem cabíveis.

Ressalto que o ensinamento de Nelson Hungria, com base em nosso Código Penal, só confirma o que antes afirmei, de que não cabe atuação do Judiciário em hipóteses como a dos autos. Com efeito, se há iminência de perigo de vida, única situação em que pode haver a intervenção médica ou cirúrgica sem consentimento do interessado ou interessados, não haveria tempo para acionar o Poder Judiciário e nem haveria motivo para tal. O magistrado, para não ficar só com os pareceres técnicos da parte autora, teria de recorrer a perito neutro, o que demandaria tempo; e prossegue o dilema: se o Juiz fosse acatar sem discussão a opinião técnica do médico ou hospital que ingressasse em juízo, transformar-se-ia em mero homologador daquela opinião e avalizador ignorante (pois não é conhecedor de Medicina), o que evidentemente não pode ser papel e função do Judiciário.

Não pode o Judiciário estar fornecendo alvarás para realização de tratamentos médico-hospitalares ou cirúrgicos. Médicos e hospitais devem assumir os riscos óbvios inerentes à atividade que exercem, como o assumem todos os profissionais.

Importante salientar que, de resto, não há por que médicos e hospitais temerem, desde que atuem dentro de normas técnicas tidas como amparadas em conhecimentos científicos sólidos e sérios, fundamentados em boa literatura médica. Não há como evitar divergências técnicas científicas na Medicina e não pode o médico deixar de agir em nome daquelas divergências, desde que siga corrente técnico-científica reconhecida e acatada nos meios médicos e hospitalares. Basta ao médico e ao hospital demonstrarem ter atuado dentro de regras científicas e técnicas com indiscutível aceitação dentro da Medicina. Aliás, por isto se diz que a obrigação do médico é obrigação de meios e não de resultado (há discussão a respeito é nas cirurgias plásticas que envolvam mero fator estético e de embelezamento). Se o médico, dentro daquelas regras técnicas e científicas, fizer a transfusão de sangue, porque havia perigo iminente de vida para o paciente (novamente o art. 146 do CP, em seu § 3º, inc. I), não poderá sofrer conseqüências negativas, mesmo que o paciente, seus familiares e todas as Testemunhas de Jeová do mundo não quisessem a transfusão! A liberdade de religião não se pode sobrepor à vida e nem a vida é direito disponível. Se o médico não fizesse a transfusão e como decorrência morresse o paciente, seria ele responsabilizado até por crime de homicídio culposo (imperícia) e seria responsabilizado civilmente! Só este aspecto contundente e inatacável mostra como há casos em que o médico deve fazer o que entende correto para salvar a vida do paciente, mesmo contra a vontade dele e de seus familiares, amigos, conhecidos, companheiros de religião, etc.

Quero assinalar que compreendo a preocupação da Santa Casa e louvo seu interesse pela saúde do apelado. Também compreendo a preocupação jurídica da Irmandade, pois a matéria é efetivamente por demais difícil, complexa e polêmica. Não posso censurar a Santa Casa porque se preocupou com a vida de alguém! Apenas estou tentando fazer ver meu ponto de vista de que em casos como o presente não cabe atuação do Judiciário, o que é questão estritamente técnico-jurídica e também questionável. Por outro lado, mesmo que fosse cabível atuação do Judiciário, não seria possível juridicamente, nas circunstâncias do caso concreto, ordenar qualquer procedimento médico de transfusão de sangue.

O que se deve lamentar, isto sim, é que as Testemunhas de Jeová coloquem como dogma religioso uma censurável resistência à transfusão de sangue, não hesitando mesmo diante do fato de que tal resistência possa provocar risco de vida ao doente ou mesmo matá-lo. Por isto já disse, e agora insisto, que a transfusão de sangue deve ser feita pelo médico, se considerar, como bons fundamentos, indispensável para salvar a vida do paciente, mesmo contra todas as Testemunhas de Jeová do mundo inteiro. Religiões devem existir para preservar vidas, e não para exterminá-las. Por isto nunca tive dúvida em que o Judiciário pode retirar um filho menor das mãos dos pais para que seja submetido ao tratamento necessário à preservação de sua vida, mesmo contra vontade dos pais, seus familiares e tantos outros que se apresentem contrários, quer por motivos religiosos, quer por outros motivos. Não acredito que o ilustre Professor Dr. Manoel Gonçalves Ferreira Filho (com parecer nos autos, em resposta a uma consulta da Sociedade Torre de Vigia, que congrega as chamadas Testemunhas de Jeová) tivesse a coragem de sustentar pensamento diverso. Se tem, só posso deplorar, além do que mais uma vez veria confirmada a idéia que tenho de que devem ser vistos com reserva mesmo os

melhores doutrinadores, quando não se apresentam com seus livros doutrinários, mas como pareceristas. Mas interpreto seu parecer no sentido de que não apóia as Testemunhas de Jeová neste ponto, na medida em que se mostra evasivo e não conclusivo, não chegando a afirmar que não pode o Judiciário agir em relação aos interesses dos menores. Limita-se o respeitado professor, no máximo, a declarar que: "Assim, em princípio, é aos pais ou representantes legais do menor que cabe a decisão a respeito da assistência médica que deve ou não a eles ser dada". A expressão "em princípio" diz tudo, para quem souber ler com inteligência. Como é apenas "em princípio", resulta manifesto que não exclui o mestre que seja diferente em casos excepcionais. E seria excepcional o caso em que o menor corresse perigo de vida. Nem o professor estaria a favor de uma concepção que simplesmente matasse crianças e adolescentes.

É essencial ao aperfeiçoamento e à sobrevivência da humanidade que sejam respeitados direitos fundamentais do ser humano, como o direito à vida e à vida com dignidade, o direito à liberdade e outros. Precisam ser tidos como princípios gerais ou universais de Direito, acima até das Constituições. Nem é por outra razão que se encontram consagrados na Carta das Nações Unidas. Especificidades culturais e religiosas não se podem sobrepor àqueles direitos. Pensamento diverso, com toda a vênia, acaba conduzindo a asquerosas brutalidades, como, por exemplo, a prática de certos povos de extirparem o clitóris, para que a mulher não tenha prazer nas relações sexuais; e o fazem quando ainda criança. E é apenas um exemplo entre muitas barbáries. Outro do mesmo jaez é a de viúvas serem obrigadas a se matar quando morre o marido. A imaginação humana é por demais fértil para a crueldade e a estupidez e sempre encontra pretextos para praticá-los. Sempre lamentei que teorias culturais e antropológicas cheguem ao ponto de cancelar os maiores horrores, em nome do respeito às condições de cultura de cada povo. É destruir os princípios éticos mínimos que devem orientar a convivência social e partir para um vale tudo moral e ético, tão ao gosto do pós-moderno. Não compreendo como desenvolvem argumentos que, derrubando quaisquer princípios éticos gerais, inevitavelmente levam a que se possa legitimar todas as violações de direitos humanos, pois justificadas nunca faltam para tais violações. Abrir mão de direitos humanos fundamentais, em nome de tradições, culturas, religiões, costumes, é, queiram ou não, preparar caminho para a relativização daqueles direitos e para que venham a ser desrespeitados por outras fundamentações, inclusive políticas. Nego provimento à apelação. É o voto.

Des. Cacildo de Andrade Xavier -

Acompanho.

Des. Osvaldo Stefanello - Também acompanho o eminente Relator. A própria Constituição prevê, em seu art. 5º, que trata dos direitos e garantias fundamentais do homem, como direito primeiro o da inviolabilidade do direito à vida. Do direito à vida decorrem todos os demais direitos, inclusive o de liberdade de consciência e de crença ou, mais claramente, direito à religião.

Quero dizer que não vai ser por uma crença religiosa que se vai deixar uma pessoa morrer, e muito menos pode um hospital ou um médico deixar uma pessoa morrer por causa dessa crença. A liberdade do indivíduo não vai ao ponto de ser levado ao suicídio e, muito menos, obriga o médico ou o hospital à convivência com o suicídio.

O médico e o hospital que não dão o adequado tratamento ao paciente que lá se encontra por qualquer tipo de crença, ou ideologia, estaria agindo contra a vida, no mínimo, agindo em convivência com o indivíduo, induzindo-o ao suicídio. Por quê? Porque, na prática, objetivamente, não ministrado o adequado tratamento à saúde, leva-se o sujeito à morte. Tanto isso é verdade que, em se tratando de pessoa incapaz, seja por efeito de incapacidade mental ou por efeito de idade, a Justiça tem intervindo ao ponto em que determinar sua hospitalização e, inclusive, de modo especial, a transfusão de sangue para salvar a vida daquele infante ou daquele incapaz.

Vou além: o pai ou a mãe que deixa morrer um filho por convicção religiosa não passa de um assassino. Não aceito que, por convicção de qualquer espécie, se induza à morte ou se permita que alguém morra. Porque o pai e a mãe não têm o direito à vida sobre o próprio filho. Esse direito à vida é do ser humano, do filho como ser humano. Direito à vida ou à morte das pessoas não é do pai, da mãe, ou de seita religiosa, seja lá de quem for. E ainda vou mais longe, e vejam os eminentes Colegas que eu não sou nenhum religioso, bem pelo contrário, eu sou um tanto quanto agnóstico, esse negócio de inferno e céu eu não sei se existe, prefiro viver bem aqui. Do outro lado é uma incógnita. É muito preconceituoso esse preceito dessa seita "Testemunha de Jeová", como de outras seitas, não é a única, no sentido de que não se possa fazer transfusão de sangue de alguém. Isso é preconceito como se só os componentes dessa seita ou das outras sejam pessoas de bem - ou bem dadas com Deus, ou bem dadas com ente superior que domina ou que põe ordem nessa imensa desordem que é o universo. Não me vou alongar porque o voto do eminente Relator é exaustivo, colocou as coisas no seu devido lugar. No caso ficou demonstrado, por prova técnica, que a transfusão não era necessária. Houve uma certa precipitação desse médico que estava a tratar o paciente, no sentido de pretender a imediata transfusão.

Apenas por essa razão ou por esse fundamento é que eu acompanho, no mérito, o voto do eminente Relator. Na conclusão divirjo em parte. Reformo a sentença para que, ou no sentido de que, cada uma das partes arque com as próprias custas e os respectivos honorários. Por quê? Porque, em primeiro lugar, a partir do momento em que o paciente fugiu do hospital, a ação perdeu o objeto; e, em segundo lugar, porque, na Santa Casa de Misericórdia, o médico que tratava do paciente não agiu de forma desumana ou preconceituosa, apenas pode ter errado no diagnóstico. E eu não condeno a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o médico por uma razão simples. Porque, no caso, estava a agir conforme entendia estar correto e, em segundo lugar, porque a Santa Casa é um dos poucos hospitais humanitários que ainda existe neste Estado, em que o sujeito entra lá sem precisar pagar coisa alguma, quando toda a medicina hoje é mecanizada. A medicina, na realidade, virou mercancia, enquanto que o Hospital Santa Casa atende a milhares de pessoas durante o ano todo, a maioria delas gratuitamente, e eu não condeno a Santa Casa a pagar honorários e custas para ninguém, a não ser em hipótese que eventualmente mecheque às mãos e que fique expressamente configurada a responsabilidade dessa Entidade.

Dai por que, eminentes Colegas, meu voto ser nesse sentido: dou provimento em parte ao recurso para alterar o critério de ônus sucumbenciais, ficando cada uma das partes com os respectivos ônus.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ESPECIAL PARA O TRAUMA EM EMERGÊNCIA PODE SER EXECUTADO POR PARA-MÉDICOS

Parecer CFM

EMENTA

O sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, a sua coordenação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico.

O presente parecer foi solicitado pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná, tendo em vista o fato da implantação em Curitiba, a partir de maio de 1990, do Sistema Integrado de Atendimento às Emergências (SIATE), objetivando não apenas prestar um serviço à comunidade mas também testar um modelo de atendimento passível de extensão a outras cidades do Estado, talvez até mesmo do país. Querendo normatizar esta atividade, o Conselho Regional de Medicina do Paraná solicita parecer para que possa, inclusive, elaborar uma resolução sem ferir conceitos da entidade a qual está subordinada.

PARECER

O crescimento da mortalidade por causas externas não é um acontecimento verificado apenas no Brasil. Em todo o mundo, especialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, fatores como a evolução econômica, a urbanização acelerada e a complexidade da vida moderna têm levado a um aumento da mortalidade por causas externas. O enfrentamento desses problemas tem exigido uma convergência de medidas que passam por campanhas educativas visando ações preventivas e de segurança, pela implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar, pela melhoria do atendimento hospitalar e das ações destinadas à reabilitação.

A literatura internacional especializada na área das emergências médicas, e mais especialmente no trauma, tem indicado que um atendimento rápido e adequado no local da ocorrência do acidente possibilita a diminuição dos óbitos por trauma, bem como evita o agravamento dos danos e a geração de seqüelas.

Tomando-se por base o conhecimento acumulado em nível internacional, o Conselho Federal de Medicina estimula a construção de modelos pré-hospitalares às vítimas de trauma, adaptados às necessidades e condições existentes em cada cidade e regiões de nosso país.

Cidades como o Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, para citar apenas algumas já iniciaram este processo e, portanto, faz-se necessário ter regras gerais estabelecidas - as quais esperamos, sejam transformadas em Resolução deste Egrégio Conselho Federal de Medicina.

O nosso objetivo principal é procurar melhorar a qualidade e eficácia do tratamento emergencial. Entretanto, temos também que considerar que o médico, na sua ação no serviço de emergência, tem a obrigação de proteger o paciente, não podendo delegar a outro profissional qualquer serviço que seja de sua exclusiva competência. Assim, há necessidade de se apontar as condições adequadas do atendimento dos serviços pré-hospitalares que prestam serviços à população, a fim de que nos mesmos seja realmente efetivo o desempenho ético profissional da medicina.

ATIVIDADE MÉDICA EM NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência àquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, de prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida. Por unidade entenda-se, uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Reconhecemos que, na urgência-emergência, principalmente na área do trauma, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, a fim de viabilizar a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar em nosso país, os chamados socorristas - profissionais não-médicos habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por Instituições de Saúde e com um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer o critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa e treinamento continuado e supervisão em serviço.

Deverá existir uma Central de Operações, de fácil acesso ao público, onde o médico-coordenador, quando pertinente despachará para atendimento à emergência a unidade que esteja mais próxima, colhendo ainda informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados para equacionar o encaminhamento do paciente.

Após o exame, consideramos que os seguintes atos podem ser praticados pelos socorristas:

- Observar sinais diagnósticos, cor da pele, tamanho das pupilas, reação das pupilas à luz, nível de consciência, habilidade de se movimentar e reação à dor;
- Medir e avaliar sinais vitais (pulso, pressão arterial e respiração) e situar o estado da vítima nas escalas de trauma e de coma, se for o caso;
- Identificar situações de gravidade em que a tentativa de estabilização do paciente no local deve ser evitada em face da urgência de internação hospitalar (exemplo: ferida perfurante do tórax);
- Colher informações do paciente e da cena do acidente, tendo em vista os mecanismos de lesão;

- Manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e com equipamentos obrigatórios no veículo de emergência (cânulas orofaríngeas e aspirador);
- Realizar ventilação artificial utilizando os meios naturais (boca a boca, boca a nariz, boca a máscara facial) e os equipamentos de presença obrigatória no veículo de emergência (cânulas de guedel, máscara, ambu, cilindro de oxigênio);
- Promover recuperação cardiocirculatória mediante massagem cardíaca externa;
- Controlar sangramento externo evidente, por pressão direta e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens, elevar membros inferiores, evitar perda de calor, administrar oxigênio;
- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando tábuas e outros equipamentos de imobilização e transporte, remover pacientes de lugares restritos (automóvel, escombros, etc.);
- Aplicar curativos e bandagens, inclusive curativos em queimaduras e nos olhos;
- Realizar imobilização da coluna e membros fraturados utilizando os equipamentos obrigatórios no veículo de emergência;
- Reconhecer e dar assistência ao parto normal em período expulsivo;
- Promover abordagem básica em situações especiais, como, por exemplo: epiléticos, doentes mentais, alcoolistas e suicidas.

Pela natureza intrínseca de sua missão, identifica-se o Corpo de Bombeiro como uma instituição que também pode operar o serviço de atendimento pré-hospitalar, na dependência sempre, das decisões do sistema de saúde local.

Deve ficar claramente estabelecido que o plantão dos profissionais que atuam no atendimento de urgência-emergência pré-hospitalar não pode exceder a um período de 12 horas. Tal definição visa garantir a eficiência e a eficácia desejadas. Fica também estabelecido que o veículo de emergência deverá obedecer às normas nacionais de aerodinâmica, segurança, higiene, funcionalidade e conforto, oferecendo todas as condições necessárias para o correto e perfeito socorro médico de emergência, contendo os equipamentos e medicamentos para dar suporte básico cardiorrespiratório, materiais para imobilização, conjunto diagnóstico e outros materiais de salvamento. Pode existir, ainda, veículo de suporte avançado e outros veículos que podem compor a frota, dependendo das características geográficas, topográficas e urbanísticas, tais como aviões, helicópteros, embarcações, etc. Veículos de suporte avançado de vida deverão ter necessariamente, como integrantes das unidades, um médico e um enfermeiro.

Este é o parecer. S.M.J.

Brasília, 24 de outubro de 1995.

Luiz Carlos Sobania
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 25/10/95

HÁ OBRIGATORIEDADE NO CUMPRIMENTO DAS NORMAS DO CFM

Parecer CFM

EMENTA

Comete ilícito ético o médico que:

1- desacata Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina.

2- investido na função de diretor, não assegura as condições mínimas para o desempenho ético da profissão.

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia através do OF. CJ nº 403/93, solicita ao Conselho Federal de Medicina pronunciamento acerca da interpretação da Resolução CFM 1231/86.

Designado pelo Senhor Conselheiro Júlio Cezar Meirelles Gomes (OFÍCIO CFM Nº 3861/94) a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

A presente consulta foi motivada por dúvidas suscitadas na interpretação da Resolução CFM 1231/86, originária do Conselho Regional de medicina do Estado da Bahia, que fora questionado pelo Dr. Almério Machado através de expediente protocolado naquele conselho sob o número 52.378/93.

A "pedra de toque" do arrazoado fora, no entender do querelante, o impedimento regulamentar do Hospital Aliança ao atendimento à manifestação de desejo do paciente Carlos Jorge Melo Batista para que o exame (fibrobroncoscopia) fosse realizado pela clínica (CLIPPAM) - Clínica Pneumológica Prof. Almério Machado, ou mais especificamente pelo Dr. Almério Machado Júnior.

Às fls. 03 e 04 observa-se que houve tentativa por parte do Dr. Almério Machado para que o Diretor Técnico do Hospital Aliança, Dr. Izio Kowes, reconsiderasse esta posição diante do desejo manifestado pelo paciente na escolha do médico que o atenderia.

Em seu arrazoado o Dr. Almério Machado narra outra investida no sentido de encontrar-se uma solução para o impasse:

"Neste interim, entrei em contato com o Prof. Fernando Carvalho Luz, Presidente do Conselho Médico, que achou aquela medida "inconcebível", porém no momento, não poderia tomar qualquer atitude, para não contrariar o que fora determinado."

Contraditoriamente, o Dr. Fernando Carvalho Luz, Presidente da Comissão de Ética do Hospital Aliança, em documento-resposta ao CRM-Ba (Ofício CEM-011/93, protocolo CREMEB 53.535/93) tem manifestação contrária à que foi aposta pelo querelante à fl. 04:

"...a Comissão de Ética Médica do Hospital Aliança justifica e reafirma a sua posição..."

"...o Hospital Aliança manterá a sua diretriz estabelecida para a execução do procedimento questionado pelo Conselheiro Almério Machado."

PARECER

Necessário se faz uma breve passagem pelo Código de Ética Médica para que possa embasar este parecer:

Preâmbulo:

"O presente código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem."

Artigo 142:

"O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina."

Artigo 17:

"O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina."

Artigo 25:

"É direito do médico: Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição."

No caso em tela, embora o querelante não fosse o médico do paciente, este demonstrou interesse que um outro médico, membro da CLIPPAM - Clínica Pneumológica Prof. Almério Machado Júnior, o atendesse para a realização de um procedimento propedêutico (fibrobroncoscopia) solicitado pela sua médica assistente.

Destaco como importante nas peças apresentadas, a ausência de contestação por parte do Diretor Técnico ou do Presidente da Comissão de Ética do Hospital Aliança da alegação do querelante, evidenciando como fidedigna a queixa do Dr. Almério Machado, ainda pior, quando à fl. 04 informa ser este o "3º caso que ocorre conosco."

Por outro lado, ao Diretor Técnico da instituição caberia os seguintes questionamentos:

- Em alguma ocasião, teria aquele médico, impedido de assistir ao paciente, desrespeitado as normas técnicas da instituição?

- Há motivos técnicos-científicos para compreender-se tal atitude?

Se positivas as respostas aos questionamentos acima, creio que ao Diretor seria dado o direito de valer-se da argumentação de descumprimento às normas técnicas da instituição, ainda que estivesse impedindo de que o paciente fosse atendido em sua manifestação. Cabendo nesta hipótese, os devidos esclarecimentos à médica assistente e ao seu paciente.

O relacionamento médico-paciente, desgastado ao longo das últimas duas décadas em função de vários complicadores, encontra na moderna tecnologia o seu mais contundente adversário. Em nosso país em especial, este relacionamento foi corroído por uma massificação desordenada da assistência à saúde, no qual o paciente e o médico perderam as suas identidades reconhecendo-se mutuamente pelo nome do convênio, pela patologia, pelo nome da clínica e pela aparência física.

Ora no caso em tela, ficou evidente que o relacionamento médico-paciente confrontou-se com medida arbitrária de cerceamento ao direito humanitário da escolha daquele que irá cuidar de um bem inalienável e insubstituível, à saúde. Medida esta desprovida de respaldo à luz do Código de Ética Médica.

CONCLUSÃO

Por desprezar a Resolução 1231/86 do Conselho Federal de Medicina e os artigos 17 e 142 do Código de Ética Médica, entende-se este Relator que há indícios de infração ética por parte do Diretor Técnico do Hospital Aliança, fato que deve ser convenientemente apurado pelo Conselho Regional

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília (DF), 08 de fevereiro de 1995.

José Abelardo Garcia de Meneses
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/5/95

PRECES TEM GRANDE PODER TERAPÊUTICO

O valor terapêutico das orações procura confirmação científica. Frank Gawin, diretor científico do Veterans Affairs Medical Center, afirmou que em Los Angeles já se iniciaram estudos que permitem analisar, mediante recursos científicos (ressonância magnética), eletroencefalograma), as variações da atividade cerebral durante as preces. Paralelamente, 60 cientistas americanos examinaram os efeitos da espiritualidade sobre as doenças orgânicas em um congresso encerrado recentemente em Virgínia.

No congresso analisaram-se as primeiras informações sobre o assunto: um estudo realizado com 232 pacientes operados do coração em 1995 na Dartmouth Medical School evidenciou uma percentagem de cura dos pacientes muito religiosos três vezes superior a dos que não manifestaram interesses religiosos.

Uma pesquisa recente do North Carolina Hospital demonstrou que a depressão e as doenças físicas têm uma incidência menor em pessoas que freqüentam regularmente a igreja. Além disso, observações feitas ao longo de 30 anos provam que a pressão arterial de quem assiste às missas é inferior àquela de quem não o faz. Parece então confirmado que, do ponto de vista da saúde, não existe uma religião melhor que as outras.

Transcrito de Gazeta do Povo
25/01/97

ASPECTOS ÉTICOS DA ANTI-CONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Carlos Munimori Fugisawa*
Cláudio Matos*
Cesar Maistro Guimarães*
Everaldo A. Costa*
Flávia Akemi Futigamidi*
Francisco M. B. Germiniani*
Karla Renata Nakagawa*
Matias R. Krüger*

1. Introdução:

A sexualidade humana foi resgatada do ocultamento e da patologia, do profano e do sagrado, pela ciência a partir do início desse século. O impacto que tal acontecimento provocou no entanto, não foi de todo assimilado pela consciência coletiva. O simples fato de comprovar seu aspecto natural, sua função integradora da pessoa humana e a dissimulação dos preconceitos e dos tabus confunde teóricos, educadores de um modo geral e em particular a sociedade como um todo.

A adolescência corresponde à faixa etária que vai dos 12 aos 18 anos, período da vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais à maturidade sexual. Nesta etapa, os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a fase adulta. É uma fase de múltiplos temores e incertezas. O adolescente hoje é menos reprimido sexualmente, tem maior facilidade de contato sexual, devido à urbanização, à liberação dos costumes e à crescente erotização principalmente vinculada aos meios de comunicação.

O exercício da sexualidade juvenil tem como conseqüência a alta do índice de gestações em idade precoce, a crescente incidência de mães adolescentes solteiras e o constante aumento do número de abortos provocados, que tornam a anticoncepção na adolescência um assunto atual, de relevante interesse.

Contudo, do ponto de vista da ética médica é um tema bastante polêmico, pois o médico encontra-se num dilema: considerar o adolescente responsável por sua sexualidade e orientá-lo quanto a anticoncepção sem revelar aos pais preservando o segredo médico, ou consultar os responsáveis, considerando o adolescente imaturo para o exercício sadio de uma vida sexual e suas possíveis conseqüências.

Segundo Valss em seu livro "O que é Ética": A ética é uma daquelas coisas que todo mundo sabe o que é, mas que não é fácil de explicar quando alguém pergunta.

Na sua função deontológica, a ética estuda os princípios, fundamentos e

* Alunos do 9º período do Curso de Medicina da UFPR. Trabalho elaborado para a disciplina de deontologia médica - Professor Orientador, Carlos H. Braga Filho - 1996.

sistemas morais, buscando oferecer um tratado de deveres ao ser humano que garanta o seu bem em nível individual e social. A ética, porém, não é pura abstração dissociada de realidade existencial. Ela existe e tem significado, na medida em que se fundamenta na estrutura existencial da pessoa humana. E tal fundamentação requer o estudo dos "esquemas de valorização dentro da sociedade e dos seus sistemas de legitimação".

Dentro deste contexto, a questão da anticoncepção na adolescência deve ser analisada desde o ponto de vista das diversas situações que abordarão o médico e a menor até as suas implicações legais.

2. Objetivos:

Avaliar os aspectos éticos e legais da anticoncepção na adolescência, a posição dos médicos ginecologistas e obstetras, bem como as suas conseqüências tanto do ponto de vista do Código Penal quanto do Código de Ética Médica.

3. Materiais e Métodos:

Revisão e análise crítica da bibliografia pertinente.

Distribuição de caso clínico fictício para 50 médicos da área de ginecologia e obstetrícia e análise das respostas obtidas.



Aspectos Éticos da Anticoncepção na Adolescência .

A A.L.M. 15 anos, sexo feminino, estudante, solteira, natural e procedente de Curitiba-PR, chega ao seu consultório alegando necessitar de orientações sobre métodos contraceptivos. Após a consulta você recebe a visita de R.L.M., mãe de A.L.M., que relata estar ciente de que sua filha buscou os seus serviços e por conseguinte gostaria de saber qual o motivo da consulta.

Qual seria sua postura perante o caso ? Justifique.

Agradecemos à sua atenção Acad. do 9º período Curso de Medicina

4. Resultados:

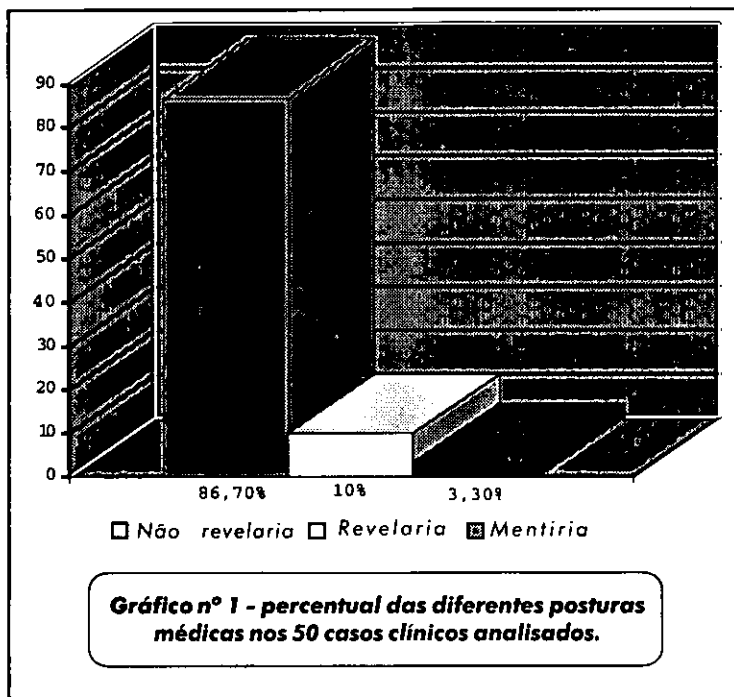
Após a análise de 50 entrevistas embasadas em uma hipotética consulta distribuídas a médicos especialistas e residentes na área de ginecologia e obstetrícia na abrangência da cidade de Curitiba - PR, durante o período de execução deste trabalho, constatou-se que 86,70% dos profissionais manteriam o sigilo, 10% romperiam o segredo médico e 3,30% assumiriam a postura de mentir sobre o motivo da consulta, conforme o exposto no gráfico nº1.

5. Discussão:

A prática sexual em si, não é crime, e independe, para seu exercício de qualquer anticoncepção. O congresso sexual, para ser considerado crime, requer o concurso de outros requisitos, conforme o Código Penal, nos artigos 213 ao 219, além disso o exposto no artigo 224, considera que a violência será presumida se a vítima for menor de 14 anos, alienada ou débil mental e o agente era conhecedor deste fato, ou estar incapacitada por qualquer meio de oferecer resistência, nestes casos mesmo na aquiescência da vítima, ou até a iniciativa partindo dela, o legislador, por ficção jurídica, considera existência de violência, neste caso presumida, e conseqüentemente caracterizadora de crime de estupro.

Destarte, o médico que orientar anticoncepção sabendo que ela propiciaria à menor ser vítima de um delito, poderá responder como partícipe da infração penal que o parceiro da vítima praticar, principalmente se a mesma for virgem.

Na hipótese do medicamento anticoncepcional ser prescrito para outra finalidade, como por exemplo, regular a menstruação, etc., então, sim, não haveria de se falar em participação, se a menor tivesse relação sexual posteriormente, pois aquele não teria prescrito o remédio com a finalidade sexual solicitada por esta. Conforme parecer nº 2224/91 do Conselho Federal de Medicina.



Considerando-se a paciente maior de 14 anos, ou seja, não se enquadrando na exposição anterior, cabe ao médico avaliar o seu esclarecimento e responsabilidade a fim de orientar ou não a anticoncepção. Pode-se partir do princípio de que se a paciente procurou aconselhamento médico quanto à anticoncepção de própria iniciativa, tal atitude denota responsabilidade quanto à sua vida sexual.

O Conselho de Ética Médica é omissivo quanto às situações que enfocam os direitos do paciente não fazendo nenhuma referência a idade do mesmo, existindo apenas os artigos abaixo, os quais vedam o médico a:

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 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Com relação à revelação do segredo médico aos pais ou responsáveis legais, em caso de paciente menor de idade deve-se fazer alusão ao artigo 103 do Código

de Ética Médica, o qual veda a revelação do segredo médico, desde que a menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de se conduzir por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Em entrevistas de caráter informal e anônimo, realizadas durante a produção deste trabalho, com médicos ginecologistas e obstetras foram obtidas opiniões no mínimo interessantes e conflitantes:

“Não diria o motivo da consulta, pois existe o Código de Ética Médica, que impede o médico de relatar as queixas médicas do paciente, mesmo sendo de menor e para a mãe. Deve existir uma confiança da paciente no profissional quanto ao segredo de suas queixas.”

“Na concepção natural, a paciente por ser menor de idade tem um responsável e o mesmo tem o direito e dever do controle de seu filho. Apesar dos dados de consulta serem confidenciais, neste caso as informações deveriam ser fornecidas aos responsáveis, e ao mesmo tempo, serem orientados corretamente sobre o fato, no caso, a anticoncepção.”

“Antes mesmo do telefonema eu oriento a adolescente que o anticoncepcional é usado também para dismenorréia, para regularizar o ciclo e que caberia a ela revelar ou não o verdadeiro motivo do uso do anticoncepcional para a família. Sigilo é em relação à paciente mesmo tendo ela apenas 15 anos. Importante é sentir o grau de esclarecimento da menor.”

“Relataria que o motivo da consulta foi exames preventivos de rotina.”

Em caso de gestação em menor de idade, ainda com base no artigo 103 do Código de Ética Médica, se o médico considerar a menor capaz para as atividades sexuais, automaticamente está considerando a mesma competente para arcar com as conseqüências da mesma, entre outras a gravidez, devendo assim ser mantido o sigilo médico.

Contudo se a gravidez é diagnosticada na primeira consulta, caberá ao médico avaliar a capacidade da mesma de responder às implicações de uma gestação .

Caso o médico venha a revelar o segredo médico da menor, sem o consentimento expresso da mesma, esse poderá ser responsabilizado penalmente pelo crime de revelação de segredo profissional conforme artigo 154 do Código Penal que dispõe: Revelar alguém, sem justa causa¹, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

No entanto afirmar que a menor de idade age com responsabilidade com base apenas no fato de ter procurado um médico para solicitar algum método contraceptivo é um ato imprudente, podendo o mesmo estar querendo se utilizar da prática sexual como uma forma de rebeldia, uma vez que o adolescente, na sua maioria, não tem ainda qualquer disciplina interior e seu discernimento sobre a vida não é igual a de um adulto.

Nesta fase da vida ele aspira ser apenas uma das partes da família, separado, independente, responsável, dono único da própria vida e por conseguinte vulnerável a influência da mídia e da curiosidade.

No entanto, o não fornecer informações à menor culminaria em um problema de maior dimensão, pois se ela recorreu a um profissional sem o conhecimento dos

responsáveis legais isto provavelmente denota carência de afinidade familiar, o que torna o médico o único orientador disponível.

Sendo também incoerente relatar o motivo da consulta àqueles que respondem legalmente pelo menor, pois este ato implicaria em deixá-lo completamente desamparado no que se refere à sua vida sexual. Além disso, a ausência da contracepção não é um fator de contenção da atividade sexual juvenil.

A manutenção desta falta de informação não é, nesta instância, meio eficaz de redução da vida sexual dos adolescentes. A ignorância da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais por parte de muitas adolescentes e o fato de que a contracepção continua sendo uma fonte de dificuldade para elas, contribuem para gravidez precoce que constitui um problema não só do ponto de vista obstétrico, mas também do ponto de vista pediátrico.

Crianças de mães adolescentes apresentam alta incidência de prematuridade, baixo peso ao nascer e índices de mortalidade mais elevados que os filhos de mães pertencentes a grupos etários acima de 20 anos.

Além disso, podemos citar outros problemas como aumento do número de mães solteiras, do número de abortos provocados, casamentos prematuros, restrições educacionais e profissionais, problemas psicológicos no que se refere à família e à falta de aceitação social.

Em virtude desta inaceitável situação, existe a extrema necessidade de se tomar atitudes para, no mínimo, minimizá-la. As medidas mais simples e apropriadas, concernem o fornecimento de adequada informação ao adolescente, para interá-lo sobre os mecanismos da anticoncepção, expondo todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, seus prós e contras, deixando à paciente a total escolha daquele que mais lhe convir, propiciando um exercício mais sadio da sua sexualidade.

6. Conclusões:

É obrigação do médico apoiar e assistir às necessidades de saúde e de cuidados da menor, devendo não apenas orientar a anticoncepção, mas também todos os aspectos referentes à sua prática, possibilitando à mesma uma decisão consciente na escolha do método que seja mais adequado às suas necessidades.

Em caso de menor de 14 anos, o médico deve abdicar da orientação contraceptiva e comunicar aos pais ou responsáveis legais o motivo da consulta.

Com relação a paciente menor, porém com mais de 14 anos, cabe ao médico avaliar a capacidade de discernimento da mesma sobre a sua vida sexual e, baseando-se nesta, decidir quanto à revelação do segredo médico.

No que concerne a gestação em menor de idade, se o médico constatar que a menor é capaz de entender e conduzir adequadamente sua gestação, deve respeitar a vontade desta mantendo o sigilo. Destarte, por finalidade de proteção legal, deve o médico solicitar que a paciente nomeie uma pessoa maior de idade, na qual tenha plena confiança, possibilitando ao médico compartilhar esta situação, contornando com isso a necessidade da quebra de sigilo e dividindo a

responsabilidade legal no caso de complicação.

Contudo, caso a paciente não se mostre esclarecida quanto ao cômputo da sua gestação, o médico deve revelar o fato aos pais ou responsáveis legais por se tratar de justa causa.

No âmbito da ética médica, este trabalho serviu também para demonstrar que alguns profissionais que atuam na área de ginecologia e obstetrícia não possuem o conhecimento suficiente para o exercício da sua profissão sem ferir o Código de Ética Médica.

Em face da inexistência de normatização no Código de Ética Médica, em relação a anticoncepção para o adolescente, sugeríamos que sejam tomadas as medidas cabíveis por parte do Conselho Regional e Federal de Medicina, afim de que os profissionais que se deparam com tal situação saibam como melhor conduzi-la.

7. Bibliografia:

1. VIDAL, M. Moral das Atitudes, Ed. Santuário, Aparecida, 1986, vol. 01, pg 12.
2. Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná:
 - Ano III - nº 10 (abr/jun) 1986
 - AnoIV - nº 16 (out/dez) 1987
 - AnoIV - nº 14 (abr/jun)1987
 - AnoV - nº 19 (jul/set) 1988
 - AnoV - nº 17 (jan/mar) 1988
 - AnoXIII - nº 50 (abr/jun) 1996
3. PIMENTEL, AT . Parecer do Conselho Federal de Medicina nº2224/91
4. BRAGA, EC. Parecer do Conselho Regional de Medicina nº0146/89
5. COUTINHO, LM. Código de Ética Médica Comentado, Ed. Saraiva, 2º edição, 1994, pg 116.
6. ZAGONEL, IPS. Planejamento Familiar - BR: Investigação do Conhecimento e Proposta de Ação Educativa, Dissertação Mestrado - UFPR, 1985, pg 67-78.

LAUDO PERICIAL: CONCEITO E CUIDADOS

Parecer CFM

EMENTA

O laudo de avaliação para pessoa portadora de deficiência pode ser emitido por médico não necessariamente perito oficial, devendo os médicos, nestes casos, aterem-se exclusivamente as conclusões médicas.

I - A CONSULTA

Médicos da cidade de Caruaru, estado de Pernambuco, encaminharam ao Conselho Regional um expediente no qual expõem suas preocupações quanto a emissão de Laudos de Avaliação para Pessoa Portadora de Deficiência.

Nesse expediente, perguntam:

"1) Pode o profissional médico, da rede pública, ser obrigado, nos casos referidos, a atuar como Perito, sem qualificação científica específica e sem designação oficial para tal?"

"2) Será ético, será legal, a emissão de um laudo definitivo acerca da incapacidade de um indivíduo, elaborado por um único médico, destituído da qualificação específica de Perito e sem designação oficial e legal para funcionar como tal?"

II - ATESTADOS DE LAUDOS - CONCEITOS

Com o intuito de simplificar, não raro são desrespeitados conceitos e regras básicas, e com isto o resultado é funesto.

Atestado médico. É uma declaração conclusiva a respeito do estado de saúde ou doença de alguém, podendo incluir o prognóstico ou conseqüências daquela condição. Exemplos.

"Atesto que o Sr. Fulano de Tal é portador de Tetraplegia conseqüente à traumatismo cranioencefálico ocorrido em janeiro de mil novecentos e noventa e cinco."

Comentário. Quer seja acrescentado ou não "Em conseqüência, está incapacitado para o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho" é evidente que ele é incapaz. A natureza da afecção atestada por si só diz tudo.

Vejam os outros exemplos.

"Atesto que o Sr. Fulano de Tal apresenta surdez completa bilateral."

Comentário. Neste caso não podemos concluir "a priori" pela invalidez, que é física no exemplo anterior. Ele pode, com algumas limitações, cuidar-se e inclusive trabalhar, especialmente se a surdez não é de nascença. E mesmo nesta última hipótese, se teve assistência e educação em escolas especiais não será um inválido no sentido restritivo do termo.

Laudo. É um documento descritivo, onde todos os atos do exame anamnese, exame físico, avaliação de exames complementares são registrados para, ao final, concluir e responder a quesitos, se existentes. Todo médico tem a obrigação de saber emitir um laudo, tanto quanto um atestado. A limitação que pode existir é quanto a especialidade exercida pelo profissional. Como exemplo, será temerário o obstetra emitir laudo para avaliar condição de saúde ou doença mental, ainda que não esteja impedido. Poderá fazê-lo, se com segurança, ante quadros clínicos evidentes.

III - O FORMULÁRIO

O modelo de laudo impresso, Anexo IV, tem um campo referente a dados pessoais do periciado, com endereço; um campo destinado ao profissional da área médica; e um terceiro, destinado aos profissionais da área terapêutica ou educacional.

Estão também anexos formulários a serem preenchidos por outros profissionais e notas de esclarecimento para orientação, documentos estes integrantes deste parecer.

- Anexo IV traz, no campo destinado ao profissional da área médica:
 - "História da doença:" Para este registro há 4 linhas;
 - "Diagnóstico:" uma linha;
 - "Cid:" uma linha

Na seqüência, está impresso o seguinte quesito: "O examinado acima é portador de deficiência e está incapacitado para o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho?"

Seguem dois quadrinhos, SIM ou NÃO, para assinalar com "X", conforme o caso. A seguir, local e data, nome do profissional, instituição e assinatura.

○ que são atividades da vida diária? Pentear os cabelos? Ler o jornal? Tomar banho? Que trabalho? Carregar pedras? Escrever? Anotar horário em que caminhões saem de uma empresa?

○ formulário não permite, por falta de espaço, que seja elaborado um laudo na verdadeira acepção conceitual. Ele é, de fato, um atestado apelidado de laudo.

Incapacitado para as atividades da vida diária, no sentido de poder sobreviver, excluindo o trabalho, só está quem necessita da assistência de terceiros para satisfazer suas necessidades de locomoção, relação e fisiológicas, dentre estas especificamente alimentar-se e praticar higiene corporal, ou seja, o indivíduo não poderá sobreviver sem a assistência de outrem. Nestes casos, salvo raríssimas e especiais situações, ele estará também incapacitado para o trabalho. É isto o que estabelece a Lei nº 8.742, de 7/12/93, em seu:

"Art. 20 - O benefício da prestação continuada é a garantia de 01 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º

§ 2º - Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho."

É importante dizer que não cabe ao médico informar, nem assumir responsabilidade por informações outras, também indispensáveis para a obtenção de benefício, como: se os familiares responsáveis têm fonte de renda e seu valor; se ele próprio, o periciado, tem fonte de renda. Isto será atribuição do Serviço de Assistência Social ou de órgão específico da Previdência. Para isto há o Anexo III.

Salvo o primeiro exemplo, da tetraplegia, o médico não pode aceitar a imposição de pura e simplesmente preencher aquele "Anexo IV", sob pena de correr o risco de ser-lhe imputada a acusação de atestar falsamente. Ele pode e deve, sempre que necessário, especificar para que atividades da vida diária ou laborativas o indivíduo está incapacitado, utilizando folhas de bloco de receituário ou outras, anexando-as ao formulário.

IV - Obrigatoriedade de preenchimento

Quanto a estar ou não obrigado a emitir o laudo, temos:

- ele é médico assistente. Se solicitado está obrigado a emitir o laudo (artigos 71 e 112 do CEM);
- ele é funcionário, ou credenciado para atendimento pelo SUS, ou pertence ou trabalha em instituição credenciada para atendimento pelo SUS. Está também obrigado a emitir o laudo, seja na condição de médico assistente, ou não. Neste caso, o seu laudo será ainda avaliado por perito oficial do INSS.

É também importante e oportuno lembrar que o médico deve certificar-se da identidade do periciado, pois não estará livre de examinar Pedro por João, outra fonte de fraudes pelas quais o médico pode "pagar" inadvertidamente.

Quanto ao campo destinado a Profissionais da Área Terapêutica ou Educacional, pode também ser preenchido por médico, porém nunca o mesmo que emitiu e assinou o previsto no campo anterior, pois o parágrafo 6º do artigo 20 da Lei nº 8.742/93 diz claramente:

"§ 6º - A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, credenciados para esse fim pelo

Conselho Municipal de Assistência Social."

V - CONCLUSÃO

Tendo em vista as considerações emitidas podemos, agora responder às perguntas formuladas.

1) Sim, mesmo porque a emissão do laudo não é necessariamente na condição de perito. Poderá sê-lo na de médico assistente conforme exposto.

2) Sim, por todo o exposto e pela resposta anterior.

Observando as recomendações contidas neste parecer, o médico, se na condição também descrita, está obrigado a emitir o laudo solicitado.

Este é parecer, S.M.J.

Brasília, 06 de maio de 1996.

Leo Meyer Coutinho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária 06/05/96

**Nada podes ensinar a um homem.
Podes somente ajudá-lo a
descobrir as coisas
dentro de si mesmo.**

Galileu Galilei

ASPECTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL E DO DANO MÉDICO

Gerson Luiz Carlos Branco*

SUMÁRIO: 1. Introdução - 2. Para delimitação do "erro médico": 2.1 Conteúdo da obrigação do médico; 2.1.1 Da obrigação de meio e de resultado; 2.1.1.1 A cirurgia estética; 2.1.2 Obrigação contratual ou aquiliana; 2.2 Condições para imputação de um dano; 2.2.1 descumprimento de deveres médicos; 2.2.1.1 Dever de informar; 2.2.1.2 Dever de assistência e perícia; 2.2.1.3 Dever de prudência; 2.2.2 Fases de intervenção do profissional; 2.2.2.1 Erro no diagnóstico; 2.2.2.2 Erro no tratamento; 2.3 A prova da culpa e os casos de exclusão da responsabilidade; 2.3.1 a prova da culpa; 2.3.2 Exclusão da responsabilidade - 3. Problemas específicos do dano médico; 3.1 A perda de uma chance e a responsabilidade médica; 3.1.1 Jurisprudência sobre a perda de uma chance; 3.1.2 Coisa julgada absolutória; 3.2 O dano moral e estético; 3.3. A indisponibilidade da vida e saúde humana e o problema do consentimento; 3.3.1 Experiência sobre seres humanos; 3.3.2 Intervenções contra o consentimento do paciente; 3.4 A responsabilidade do médico pelo fato de terceiro e pelo fato da coisa; 3.4.1 Danos causados por enfermeiros; 3.4.2 A substituição entre profissionais: danos causados pelo anestesista; 3.4.3 A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares; 3.4.4 Danos causados por equipamentos - 4. Conclusão.

1. INTRODUÇÃO

A histórica posição de destaque social do médico sempre deixou o tema de sua responsabilização um tanto delicado, principalmente porque o contrato de prestação de serviços médicos tinha como característica fundamental a sua pessoalidade.

Assim, como ensina a professora Vera Fradera "Era o 'médico de família', o médico de cabeceira, que, durante décadas, dispensava cuidados, às vezes, a três gerações de um mesmo clã familiar".¹

Com o advento do século XX e a massificação das relações sociais, a prestação "pessoal" do atendimento médico ficou muito restrita a uma minoria elitizada, que ainda pode manter o "médico de família". Em geral, o surgimento dos grandes hospitais e centros de saúde transformou esta relação, somado ao fato do próprio avanço da medicina, que levou e leva a cada dia uma especialização maior dos profissionais.

Desta forma o atendimento médico passa a ter um caráter de menor pessoalidade, inclusive o profissional perdendo sua "liberalidade", trabalhando geralmente como empregado para os hospitais ou empresas do setor.

Esta transformação leva o médico a conhecer cada vez menos seu paciente, que é

*Professor Universitário e Advogado. Mestrando pela UFRGS
Curso proferido na Disciplina Relação Jurídica, do Curso de Pós-Graduação em Direito de Unisinos em setembro de 1995.

(1) FRADERA, Vera Maria Jacob de. "Responsabilidade Civil dos Médicos", in *Ajuris*, n., p. 116.

quase anônimo, aumentando sua responsabilidade pelos diagnósticos, pois a nova medicina, que aumenta as possibilidades de cura, também propicia uma nova gama de possibilidade de danos, com "conseqüências muito mais graves do que aquelas que advinham da utilização dos métodos mais antigos e tradicionais de tratamento e cirurgia".²

Isto enseja, por outro lado, uma nova forma de ver o problema sob o ângulo jurídico. Já no começo do século passado, a Jurisprudência Francesa tem se mostrado preocupada com a "imunidade jurídica" dos médicos, imputando-lhe responsabilidade quando sua imperícia resultasse evidente e não apenas quando houvesse intencionalidade do dano ou intenções criminosas.

A importância do estudo deste tema está na dificuldade de reparação in natura dos danos causados pelo erro médico. Mesmo que a medicina tenha alcançado alto grau de desenvolvimento nos dias de hoje, ela não consegue recuperar funções vitais do corpo humano, órgãos e a própria vida, bens maiores do homem. A relevância reside também na constante intervenção deste profissional, que é cada vez mais exigido, diante da amplitude e profundidade que assumem as informações sobre o complexo funcionamento e organização do corpo humano.

2. PARA DELIMITAÇÃO DO "ERRO MÉDICO"

O ato médico ensejador de responsabilidade pode se consistir numa ação ou numa inação culposa. A ação se constituirá em conduta positiva imperita ou imprudente no desenvolvimento de sua atividade profissional, enquadrável dentro dos parâmetros comuns da responsabilidade.

O aspecto negativo, a inação, poderá se constituir tanto em negligência no diagnosticar ou numa intervenção sobre a saúde de um paciente, causando-lhe um dano,³ como numa violação de deveres éticos mais fortes, quando estiver caracterizada a 'omissão de socorro', penalizada no art. 135 do nosso Código Penal.⁴

2.1 Conteúdo da obrigação do médico

Assim como o advogado, o médico não se compromete com um resultado, mas a prestar sua assistência, de forma diligente, prudente e atenciosa.

Não compete ao médico restituir a saúde de seu paciente, objetivo que não integra sua prestação, mas utilizar sua técnica e seus conhecimentos da melhor forma possível, para atingir este objetivo. Em virtude disto, afirma-se que a obrigação do médico é uma obrigação de meio e não de resultado.

(2) FRADERA, Vera M. J. Op. cit., p. 119.

(3) "Comete homicídio culposo e não omissão de socorro o médico plantonista que, negligenciando no atendimento do paciente, com o qual manteve contato, limitando-se a receitar-lhe medicamento por intermédio da enfermeira, contribuiu eficazmente para sua morte". DELMANTO, Celso. Código Penal Comentado, 2º ed. São Paulo: Renovar, 1988, p. 259.

(4) "Configura o crime deste art. 135 a conduta do médico que recusa assistência a doente grave, a pretexto da falta de pagamento de honorário ou da inexistência de convênio (...). Comete Omissão de socorro o médico que alega estar de folga quando não há outro médico na cidade (...), ou que exige depósito prévio para tratar de ferido sem recursos (...)". DELMANTO, Celso. OP. cit., p. 259.

2.1.1 Da obrigação de meio e de resultado

Estas duas modalidades de obrigação compreendem a existência de uma bipartição no conteúdo dos deveres possíveis de uma relação jurídica obrigacional. O dever pode ser um elemento de natureza objetiva, através de uma prestação que por si só é satisfeita de uma necessidade econômico-social, independente de ter esta prestação sido realizada com muito ou com pouco esforço do devedor, como é típico das obrigações de dar, de restituir e de fazer "fungíveis", como pode ser de natureza subjetiva, próprio das obrigações de fazer infungíveis, consistindo na exigência de comportamento do devedor em direção a determinado resultado.

Neste caso a obrigação é de um esforço pessoal em direção a si próprio, desvinculado da finalidade econômico-social, que a prestação pretende atingir.

Enquanto na obrigação de resultado a imputação da responsabilidade depende do resultado econômico-social determinado contratualmente, na obrigação de meio, depende da honestidade e diligência do devedor na realização da prestação.⁵

O critério diferencial entre ambas está na determinação do núcleo da prestação. Assim, da mesma forma que a obrigação de prestar uma coisa, por exemplo a entrega de um pão, tem como objeto da prestação a efetiva entrega do pão e não que aquele pão mate a fome de alguém, na obrigação de meio o objeto da prestação consiste somente no fazer, independente de satisfazer uma necessidade da vida.

De qualquer forma esta divisão não é rígida, pois mesmo as obrigações consideradas de resultado deixam fora do conteúdo da prestação a satisfação de alguma necessidade da vida.

Assim o advogado e o médico se obrigam a "prestar serviços", devendo eles agir com diligência e cuidado no sentido de atingir a finalidade pretendida pelo cliente. Não se obrigam ao resultado.

Mesmo que no contrato de "prestação de serviços" estes profissionais se vinculem a uma prestação mais ampla, incluindo um resultado positivo da sua ação, não farão nascer uma obrigação válida, pois os resultados não depende somente da vontade e do esforço dos profissionais, estando, muitas vezes, em relação de dependência maior com fatores externos à relação.

Isto significa dizer que não é insita ao exercício da atividade médica e advocatícia a assunção de riscos. Neste sentido foi feliz o CDC, no § 4º do art. 14⁶ ao excluir de seu regime de responsabilidade objetiva os profissionais liberais.

A imputação de uma responsabilidade objetiva a advogados e médicos significaria a inviabilização do exercício destas profissões, na medida em que só são chamadas a intervir em situações duvidosas e arriscadas. Quando o exercício do Direito é pacífico ou quando não há risco contra a saúde dos sujeitos, a intervenção tanto do médico como do advogado é rara.

Isto fica claro quando o resultado pretendido, cura, é inatingível, como, por exemplo, o diagnóstico e tratamento da AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), de grande parte das doenças do coração, o câncer e inclusive a gripe.

(5) Ver André Trunc, *Revista de Direito Commerciale, Diritto Sociale, Diritto dell'Economia*, 1974/48, I, p. 126-145.

(6) "Art. 14. § 4º. - A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa".

2.1.1.1 A cirurgia estética

A cirurgia estética historicamente se constitui numa exceção à idéia de que a obrigação do médico é apenas de prestar meios adequados, de ser diligente e perito. A sua prestação é maior, atingindo um determinado resultado.

Esta característica da cirurgia estética se deve ao fato de que a motivação moral para sua realização, embora seja socialmente aceita, não tenha a mesma relevância da intervenção para o salvamento de vidas ou para a eliminação da dor.

A questão é extremamente delicada na medida em que na generalidade das vezes a cirurgia estética tem como objeto pessoa sã, sem nenhuma enfermidade, não podendo a intervenção cirúrgica alterar este quadro. Porém, independente da perícia médica existem riscos sempre que haja uma intervenção sobre o corpo humano, mesmo que o paciente apresente boa saúde.

Para ilustrar a questão, interessante é o caso narrado por José de Aguiar Dias⁷ no qual uma jovem senhora procura médico para eliminar gorduras excessivas existentes em suas pernas. Na cirurgia o médico, além da gordura, retirou extensa massa muscular em apenas uma das pernas, numa operação cujos contornos foram extremamente complicados. Ainda pela dificuldade de sutura do tecido, pela extrema contração dos músculos a perna da paciente foi enfaixada com bandagens, somente retiradas após três dias da cirurgia, quando cheiro característico de granguena surgiu. Ao final de três semanas não restou outra alternativa que a amputação da perna.

Em procedimento judicial a sentença considerou o cirurgião responsável pelos danos com fundamento na desnecessidade moral da cirurgia, bem como na sua inutilidade perante a saúde da operada, além de outras considerações sobre a sua negligência em verificar as reais condições da paciente.

Mas a cirurgia estética não pode ser tratada num só plano, pois pode, além de ter a finalidade de alterar a aparência humana, ter a de restauração, de reparação, situação na qual altera-se o conteúdo da obrigação médica.

Apesar de nos dois casos a conduta médica ter como pauta um padrão comum, a situação fática que se apresenta impõe à cirurgia "meramente estética" o alargamento do conteúdo de sua prestação.

Enquanto na cirurgia de reparação o médico busca restaurar a aparência do paciente em virtude deste ter sido acometido por moléstia deformadora ou acidente, partindo de um estado doentio para uma melhora, na cirurgia meramente estética, com a finalidade de mudar a aparência, o médico tem como objeto um paciente em perfeitas condições de saúde, não podendo alterar esta realidade.

"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. Em se tratando desta especialidade, portanto, os deveres de informação e de vigilância têm sua observância exigida de forma rigorosa."⁸

Isto não significa que moralmente seja condenável a cirurgia estética. Pelo contrário, é a valorização da beleza e da vaidade como bens inerentes à experiência humana que busca-se preservar nestes casos, com regras mais rígidas de responsabilidade.

(7) DIAS, J. A. Da Responsabilidade Civil, v. 12, p. 305-307. Descreve o autor minuciosamente tanto a cirurgia, como as alegações do autor da ação de indenização e do réu, bem como a sentença.

(8) FRADERA, Vera M. J. OP. cit., p. 121.

Muitas vezes, principalmente para o público feminino, o próprio sentido da existência está na realização afetiva que, diante dos instintos humanos, possui uma clara ligação com a aparência física. É causa de doenças psicológicas uma má aparência física, considerando má aquela que foge dos padrões estéticos determinados por uma certa cultura.

Porém, se por um lado a beleza é importante, muito mais é a saúde do corpo, motivo pelo qual ao pesar os bens em questão deve o médico esteticista aumentar sua vigilância e seus cuidados para não provocar danos ou criar demasiados riscos onde não existem. Se os riscos forem maiores do que o bem em questão, deverá o médico recusar-se a operar. Se numa cirurgia para prolongamento da vida ou melhoramento da saúde vale a pena suportar certos riscos, no caso da cirurgia estética estes riscos devem ser menores, pois o bem almejado não é cura ou a vida, mas sim a aparência.

2.1.2 Obrigação contratual ou aquiliana

O estudo da responsabilidade civil, tradicionalmente, obedece a uma divisão conforme a fonte do dever violado, dividindo-se basicamente em responsabilidade contratual ou extracontratual, conforme o ato contrário a Direito viole uma obrigação contratual ou um dever geral.

Esta divisão, de grande importância didática, tem uma origem notadamente histórico-ideológica⁹, em virtude da compreensão de que as fontes das obrigações são essencialmente a Lei e o contrato. Conforme a fonte da regra seria o tipo de responsabilidade. Sempre que alguém viole um Direito de crédito (ilícito relativo)¹⁰ está sujeito a responsabilidade extracontratual.

Embora em algumas situações de emergência a prestação dos serviços médicos não se realize por meio de um contrato, a regra é que a responsabilidade dos profissionais da medicina seja contratual.

Apesar da discussão sobre a real existência de dois regimes de responsabilidade e das diferenças possíveis de apontar, no caso em questão a diferença básica está em que na responsabilidade contratual basta ao autor de uma demanda provar a existência de um dano pelo inadimplemento de um contrato ou pelo seu mau adimplemento. Por outro lado, na responsabilidade extracontratual, cabe ao credor provar, além de um dano, que há um nexo de causalidade entre uma conduta

(9) Este papel deve-se notadamente à concepção de antepor o contrato, como acordo de vontades, à própria ordem jurídico-positiva. A Lei cria obrigações ao lado do contrato, como se o contrato obrigasse independente da Lei: uma concepção naturalista que vê na vontade fonte de obrigações independente da ordem jurídica. "Apesar de logicamente insustentável, a teoria da precedência dos direitos subjetivos é da máxima importância política. O seu propósito é obviamente, influenciar a formação do Direito, em vez de analisar a natureza do Direito positivo. Se a ordem jurídica não pode criar, mas meramente garantir direitos ela tampouco pode extinguir direitos. É, então, juridicamente impossível abolir a instituição da propriedade privada, ou, mais ainda, a legislação é incapaz de privar qualquer indivíduo particular de qualquer direito particular de propriedade. Todas essas consequências da doutrina de precedência dos direitos estão em contradição com a realidade jurídica. A doutrina da precedência dos direitos não é uma descrição científica do Direito positivo, mas sim, uma ideologia política". KELSEN, *Da Teoria Geral do Direito do Estado*, p. 84.

(10) Os ilícitos absolutos e relativos constituem-se em atos ilícitos violadores de deveres absolutos e relativos. São deveres absolutos aqueles impostos à coletividade como um todo e deveres relativos àqueles deveres "relativos" a uma só pessoa ou grupo de pessoas. Assim são deveres absolutos - aqueles cujo conteúdo seja a não intervenção na esfera jurídica de outrem, como os deveres de não matar, não furtar. São relativos os deveres cujo conteúdo seja uma prestação a um sujeito determinado. Sobre a distinção entre ilícitos absolutos e relativos ver, entre outros, PONTES DE MIRANDA, *Francisco Cavalcanti. Tratado de Direito Privado (Parte Geral, t. II)*, 4ª ed., São Paulo, RT, 1974, p. 193 et seq.

(culpável) do devedor e tal dano. Em outras palavras, a prova da culpa é ônus do cliente, da vítima.

Esta diferença, de grande significado em geral, fica prejudicada na responsabilização do médico. Praticamente toda doutrina sobre o assunto afirma pela contratualidade desta responsabilidade, o que entende-se discussão inútil.¹¹

A inutilidade da discussão está em que, sendo conteúdo da prestação do médico um agir diligentemente, dentro de determinados padrões técnicos, e não a obtenção de determinado resultado, a prova do dano não poderá ser feita pela comprovação de um resultado insatisfatório, no caso um agravamento de problema de saúde ou até a morte, pois tal resultado está para além da prestação e das próprias possibilidades do profissional, eis que dependem de uma série de fatores externos. Em virtude disto, a prova do dano passará necessariamente pela avaliação da conduta do profissional, verificando se agiu de forma prudente, diligente e com a perícia exigível para a situação.

Por isto, afirma-se tradicionalmente que a responsabilidade médica é de ordem extracontratual, pois compete ao cliente provar a negligência, imperícia ou imprudência médica, enfim, que não tenha cumprido com seus deveres.¹²

Isto, na verdade, trata-se de uma conseqüência de ser sua obrigação de meio, e não de sua classificação como contratual ou extracontratual.

Apesar de certa irrelevância da discussão, o critério utilizado pela doutrina para responsabilidade é considerar a responsabilidade médica como contratual, mesmo quando há gratuidade no atendimento, e extracontratual quando o dano resulte da negativa de atendimento ou perante terceiros¹³, apesar do CC brasileiro conter disposição referente a responsabilidade extracontratual.¹⁴

2.2 Condições para imputação de um dano

A imperícia médica, avaliada como um agir em desconformidade com a melhor "aquisição da ciência"¹⁵, também não pode se constituir em presunção de culpa. A avaliação do desempenho do profissional deve realizar-se dentro de parâmetros concretos e não hipotéticos. Só será exigível do profissional a utilização da melhor técnica possível de ser executada nas condições reais que se apresentam, bem como a responsabilização pelo desconhecimento das melhores "aquisições da ciência" dependerá do grau de especialização do profissional e de sua conduta ética perante o cliente.¹⁶

(11) A Jurisprudência é clara em não admitir presunção de culpa na responsabilização do profissional médico. Exemplar é acórdão da 7ª Câmara Cível do TJSP, ao afirmar que "cabe ao médico tratar o doente com zelo e diligência, com todos os recursos de sua profissão para curar o mal, mas sem se obrigar a fazê-lo, de tal modo que o resultado final não pode ser cobrado ou exigido (...). Este é o quadro que se apresenta, dele não se podendo tirar a conclusão de ter o réu obrado com culpa, mesmo que se considere contratual a sua responsabilidade, ou, por outras palavras, não há falar em culpa presumida". Ap. Civ. 177-280-1/8, rel. Souza Lima. In RT 694, 1993.

(12) "O fato de se considerar como contratual a responsabilidade médica não tem, ao contrário do que poderia parecer, o resultado de presumir a culpa. Pode dizer-se que é geral o acordo no sentido de que é ao cliente que incumbe provar a inexecução da obrigação por parte do profissional". DIAS, José de Aguiar. Da Responsabilidade Civil, v. 1, 6ª ed., Rio de Janeiro, Forense, 1979, p. 283.

(13) José de Aguiar Dias, Vera M. J. Fradera, Georges Durry, entre outros.

(14) "Art. 1.545. Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dono, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento".

(15) DIAS, J. A. Op. cit., p. 284.

(16) A profa. Vera Fradera em seu artigo, p. 127-128, faz ressalva quanto ao médico interiorano, que não pode ser responsabilizado por não acompanhar os avanços da medicina. Porém a idéia de interior nos dias de hoje está relativizado. Muitas vezes centros de especialização localizam-se no interior, bem como o desenvolvimento dos meios de comunicação e transporte não permitem esta escusa.

É dever ético não só do médico como de todo e qualquer profissional que recomende um especialista ou alguém que entenda melhor de certa matéria, quando seu conhecimento não alcançar a complexidade do problema.

Em geral a procura do profissional da medicina ocorre em situações de emergência, nas quais a negativa no atendimento se constitui em violação maior do que a própria imperícia.

Porém, para delimitação do que pode se constituir em conduta culposa do médico, é necessário que se verifique objetivamente quais são seus deveres perante o cliente.

2.2.1 Culpa: descumprimento de deveres médicos

Para a responsabilização há necessidade de que o médico tenha desprezado ou ignorado seus deveres. A doutrina mais antiga e parte da Jurisprudência entendiam que a culpa deve ser grave, não ensejando a responsabilização a culpa leve, para que não haja inviabilização e imobilização do profissional.

Mas, sem sombra de dúvida, atualmente a posição de nossos tribunais e de toda a doutrina é a de responsabilizar toda a falta que atente contra a integridade física ou a vida humana. Não se pode, nestes tempos modernos, com um desenvolvimento extraordinário da medicina, continuar tolerando a perda de vidas pela imperícia médica, muito menos pela negligência ou imprudência.

O dever médico pode ser agrupado em três ordens: dever de informação e aconselhamento, dever de assistência constante e dever de prudência.

2.2.1.1 Dever de informar

O dever de informação se biparte no dever geral imposto a todos aqueles que celebram um contrato, que é o de informação, e no dever específico de aconselhamento.

O dever geral de informação está relacionado com a necessidade do médico, ao tratar com seu cliente numa fase pré-contratual, de estabelecer as condições contratuais para utilização de seus serviços, como, por exemplo, o preço da consulta, os convênios com que trabalha, sua especialidade e todas aqueles elementos necessários à decisão do cliente em contratar ou não.

Além disto, quanto à consulta, que já é execução de sua prestação, deve realizá-la de forma que o cliente possa compreender o que se passa com sua saúde, utilizando vocabulário compreensível e claro.

Apesar da inexistência de limites absolutos sobre o que seja informar e aconselhar, entende-se que o aconselhamento já é a transmissão de um conteúdo de informações sobre o próprio tratamento e estado de saúde do paciente, fornecendo condições ao paciente para decidir sobre determinado tratamento, inclusive pesando os riscos a que irá se submeter.

O médico tem o dever de recomendar qual é a melhor solução para resolver determinado problema, se o simples repouso ou uma intervenção cirúrgica, inclusive nos casos em que há maiores riscos à saúde ou à vida, salientando este aspecto.

Não significa, porém, que deve o profissional abalar psíquica e emotivamente o seu cliente, pois "a ausência de pormenores técnicos não impede mostre sumariamente os riscos do tratamento aconselhado; a necessidade de salvaguardar o moral não

deve ser superestimada em relação de saber para onde o conduzem".¹⁷

De qualquer forma, se a prudência recomenda que o paciente não receba todas as informações sobre seu problema, o médico deve informar aos familiares que tenham ascendência sobre o doente.

Consistirá também dever de aconselhamento o dever de indicar, quando necessário, um especialista no problema apresentado pelo paciente, quando não o for.

2.2.1.2 Dever de assistência e perícia

O dever de assistência imposto ao médico não decorre somente da relação contratual estabelecida, mas se constitui num imperativo ético imposto a todos os profissionais da área.

É o dever de prestar com a maior correção e diligência possível, atendendo aos chamados e mantendo-se constantemente informado sobre as condições reais de seu paciente.

Isto não significa que deva o médico ficar de plantão ao lado do leito de todos os seus clientes, mas trabalhar de forma que sempre possa, em tempo hábil, colher as informações necessárias para suas intervenções técnicas. Em outras palavras, pode-se afirmar que o atendimento a uma clientela extremamente grande, sem que haja elementos humanos e técnicos para tal, pode, em algumas situações, configurar o abandono, levando à responsabilização.

Isto é comum na sociedade brasileira no atendimento médico da saúde pública, na qual contrapõe-se a carência de recursos humanos e materiais e por outro lado uma extensa fila de doentes, que são "atendidos" em segundos pelo médico de plantão. Nestes casos, é difícil responsabilizar o profissional, que encontra-se "ensanduichado" pela realidade, mas sem dúvida, na ocorrência de danos pela falta de assistência e pelo abandono, deve o estabelecimento público ser responsabilizado pela violação de tal dever.

Poderá o médico deixar de atender, mas não abandonar. Para tanto deverá comunicar o paciente ou seus familiares, preferencialmente com uma motivação, restituindo os honorários recebidos pelos serviços não prestados.

O abandono se caracteriza pela situação de desinformação e desassistência, enquanto que para o paciente há a expectativa constante de que está por vir a "visita" médica.

O dever de assistência inclui o dever de vigilância sobre aqueles pacientes que possam causar a si mesmo danos, principalmente naqueles afetados por doenças mentais, ou em doentes que utilizem medicamentos capazes de provocar alucinações ou até mesmo depressões, necessários muitas vezes para combater a própria dor. Também integra a vigilância nos períodos pré e pós-operatório, fases em que o atendimento deve ser constante, evitando-se assim danos por motivos facilmente afastáveis.

2.2.1.3 Dever de prudência

O dever de prudência consiste na ação do médico de acordo com a pauta da boa-fé. Não obstante o atendimento médico não surja de um contrato, não pode ele realizar

(17) DIAS, J. A. Op. cit., p. 286.

tratamento arriscado ou operação que oferece grandes riscos sem a autorização do cliente ou de seus familiares, após a exposição de todos os riscos que envolvem a situação.

Não pode o profissional abusar de sua situação de superioridade técnica para decidir sobre a conduta da vida dos seus clientes.

É claro que em situações de extrema emergência este dever assume outra conotação, a de atender sem a fixação de condições. Assim naqueles casos em que a gravidade de uma situação exige uma intervenção imediata, sob risco de vida, função ou órgão de paciente sem condições de consentir.

Em geral estando presente o consentimento do paciente, mesmo que tácito, o médico não pode ser responsabilizado pelos riscos naturais a determinada intervenção cirúrgica ou da utilização de certa medicação, exceto quanto verificar-se a ocorrência de erro grave ou desrespeito a outro dever. Porém, assumirá riscos se através de sua superioridade escolher arbitrariamente a condução do tratamento, expondo o paciente a riscos muitas vezes injustificados, ou, se justificados, que não seriam assumidos.

Junto a este dever de prudência pode-se acrescentar o dever do aperfeiçoamento constante. Não basta ao médico o pleno domínio das matérias que lhe foram ensinadas no curso de medicina, que lhe habilitou ao exercício da profissão. Há necessidade de que acompanhe as técnicas médicas ¹⁸ que se desenvolvam sem cessar, contemporâneas a cada um de seus atos, condição para a intervenção sobre o corpo humano.

2.2.2 Fases de intervenção do profissional

O médico intervém diagnosticando e tratando doenças e enfermidades.

2.2.2.1 Erro no diagnóstico

O diagnóstico é o momento no qual se informa ao paciente qual é a doença ou mal que lhe afeta, após buscar junto a este as informações necessárias para tanto.

O diagnóstico de uma enfermidade talvez seja o momento mais importante da intervenção médica, pois um erro neste momento poderá comprometer não só a possibilidade da cura, como também poderá trazer danos não previsíveis para aquela situação.

A responsabilização por erro no diagnóstico induzirá a responsabilização se este erro for grosseiro ou se a especialidade do profissional impor a este o conhecimento de determinada situação.

Este erro de diagnóstico tem duas faces. A primeira é a não-identificação de doença, que, se tratada em sua origem, é curável, mas depois de certo tempo não, eliminando a possibilidade, a chance da não-doença. A segunda é o diagnóstico de doença evidentemente inexistente ou distinta, causando danos diretos ao paciente.

(18) Sobre o conceito de técnica médica ver: FRADERA, Y. M. J. Op. cit., p. 121-122: "um conjunto de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados que se considerem úteis".

2.2.2.2 Erro no tratamento

O tratamento consiste em fase posterior ao diagnóstico, na qual o médico utiliza distintos meios "para conservar a vida, melhorar a saúde ou aliviar a dor".¹⁹ Nesta fase o dever de prudência e de assistência deve ser redobrado, pois é o momento da execução do diagnóstico, momento em que se realizam as intervenções sobre o corpo do paciente, seja através de cirurgias, massagens ou farmacoterapia. Consistirá erro no tratamento não apenas o erro na execução de uma cirurgia, por exemplo, mas também o descuido com elementos secundários que possam trazer prejuízo. Assim é o problema da infecção hospitalar, provocada pela falta de higiene e descuido na utilização dos equipamentos.²⁰

Consistirá em motivo para responsabilização o esquecimento de equipamento dentro do corpo humano, utilização de medicamento sem o cuidado de perquirir de possíveis alergias do paciente, formulação de receita ilegível que leve o farmacêutico a entregar medicamento errado.

Será na fase do tratamento que a perícia médica será avaliada de forma objetiva, pois, se muitas vezes o grau de desenvolvimento da medicina não permite diagnóstico adequado, no tratamento o médico deve estar constantemente verificando as reações às suas intervenções, tirando a prova da correção de seu diagnóstico.

2.3 A prova da culpa e os casos de exclusão da responsabilidade

2.3.1 A prova da culpa

A prova de que o médico não informou suficientemente o paciente sobre os riscos de uma operação, ou não lhe aconselhou suficientemente é algo difícil, pois a relação médico-paciente tem natureza confidencial, "sem testemunhas, sem documentos, a não ser a receita na qual são prescritos determinados medicamentos".²¹

Da mesma forma é impossível obter colaboração daqueles que desenvolvem seus trabalhos junto ao médico. De outros médicos há solidariedade, pois também poderão estar em situação idêntica, bem como de outros profissionais, que agem sob comando dos médicos, dos quais depende o seu emprego e sobrevivência.

Este silêncio leva inclusive a que se atribua aos médicos a pecha de "máfia de branco".²²

Apesar de não se poder generalizar esta afirmação, é certo que o corporativismo profissional é muito grande entre os profissionais da medicina. Assim, quando determinado processo depende de conhecimentos técnicos recorre-se a outro profissional da área, para identificar quais os deveres descumpridos, principalmente quando se cogita de falta de perícia. "Este, membro da mesma classe profissional, será apenas relativamente sincero em sua apreciação a respeito da conduta de seu colega".²³

[19] DIAS, J. A. Op. cit., p. 297.

[20] Por sinal, foi em virtude de infecção hospitalar, após uma cirurgia, que faleceu o então Presidente da República Tancredo de Almeida Neves.

[21] FRADERA, V. M. J. Op. cit., p. 124.

[22] DIAS, J. A. Op. cit., p. 312.

[23] FRADERA, V. M. J. Op. cit., p. 124.

Por isto, na avaliação da prova não pode o julgador esperar provas diretas e absolutas para sua responsabilização, pois será sobre indícios e evidências lógicas que deverá formar seu convencimento.²⁴

Sobre este aspecto é ainda importante referir que embora seja um fornecedor, as regras referentes à responsabilização civil do médico são as do CC e não do CDC, por disposição expressa sua. O art. 14, § 4º, menciona que a responsabilidade dos profissionais liberais é subjetiva, fundada na culpa.

Não obstante a isto vigem as demais disposições do CDC, entre elas o art. 6º, VIII, que determina como direito do consumidor "a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação, ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência".

Isto significa que mesmo havendo a necessidade da verificação da culpa do profissional, em circunstâncias nas quais o paciente não tem as mesmas condições do profissional para produzir a prova, tal ônus deve ser invertido, aliado a situações onde é verossímil sua alegação, bastando uma cognição superficial.

Mais do que isto, o prof. Nelson Nery Junior²⁵ entende que quando tratar-se de obrigação de resultado o critério para verificação da responsabilidade não está limitado pelo art. 14, § 4º, submetendo o profissional às regras da responsabilidade objetiva.

2.3.2 Exclusão da responsabilidade

Não suscitará responsabilidade quando entre a ação do médico e o resultado morte, ou agravamento da enfermidade, não existir um nexo de causalidade.

Só será responsável o médico que, agindo culposamente, provocar danos. Por se tratar de uma obrigação de meios, a indenização será possível quando o médico, no caso concreto, descumprir seus deveres.

Porém se intervir outro fato na cadeia causal, como a ocorrência de nova enfermidade ou a manifestação de sintomas antes não aparentes, surge um problema para a responsabilização.

A solução ofertada pela Jurisprudência francesa²⁶ é a de que, mesmo quando haja interferência de "predisposições mórbidas da vítima", não há motivo para diminuição de responsabilidade, devendo a indenização ser integral por ser a obrigação de meio e não de resultado.

Quando, apesar de alertado, o paciente assume determinado risco, que é próprio de certas intervenções, também não se pode imputar responsabilidade ao médico.

(24) Exemplo desta dificuldade está no Ap. Civ. 589.069.996 da 5ª Câm. Civ. do TJRS, rel Des. Ruy Rosado de Aguiar Júnior: "Afasta as conclusões do laudo quanto às questões da natureza jurídica, fora do âmbito da perícia. Lamento que ... (...) omitindo-se em responder sobre questões realmente relevantes, por aspectos meramente formais na formulação da pergunta, e respondendo outras de forma dogmática, como especialmente ocorreu ... (...). Em razão das deficiências dessa prova, foi determinada a diligência de falhas, para que o serviço médico, depois procurado pela autora, enviasse os dados ali registrados a seu respeito. Mais uma vez, como é praxe, não teve êxito na colheita de informes esclarecedores; daí a necessidade de uma renovada tentativa, igualmente frustrada, ... (...). O que existe, porém, já é para um juízo de procedência de ação". In RJTJRS 149, p. 462.

(25) NERY JUNIOR, Nelson. "Os Princípios Gerais do Código de Defesa do Consumidor", in Revista do Direito do Consumidor, n. 3, p. 56.

(26) FRADERA. V. M. J. Op. cit., p. 129.

Cumprindo o dever de informar, mesmo que o risco seja grande, inclusive igual à possibilidade de recuperação, não será o médico responsabilizado se o resultado que busca atingir seja o de afastar um mal maior, como, por exemplo, a própria morte.

Nestes casos deverá o profissional pesar os bens que estão em jogo e avaliar com grande cuidado os rumos a serem seguidos. Se for necessário deverá precaver-se com o auxílio de colegas que endossem sua opção.

3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DO DANO MÉDICO

3.1 A perda de uma chance e a responsabilidade médica

A perda de uma chance é um tipo de dano. Surge quando pela intervenção do profissional o paciente perde a possibilidade de se ver livre de determinada enfermidade.

Em outras palavras "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".²⁷

O prof. François Chabas questiona sobre a aplicação das mesmas condições de verificação da responsabilidade civil do médico pela perda de uma chance.

Considera que o caso de quando a ação do médico provoca diretamente a morte, e que a morte seja uma decorrência de fatos externos à ação do médico, será responsável se sua intervenção sobre tal doença em determinado momento pudesse significar a chance de sobrevivida, em virtude de que há provas técnicas de sucesso no tratamento de doenças iniciais.

Indica como exemplo o médico que não diagnostica a existência de um câncer uterino numa paciente, que tardiamente o descobre pela intervenção de outro profissional especialista. Neste caso há alto coeficiente de cura do câncer quando diagnosticado na sua origem, motivo pelo qual a imperícia médica eliminou as chances de sobrevivência da paciente.²⁸

Posteriormente, ainda na introdução de seu trabalho, pondera que esta é uma "fausse théorie de la perte d'une chance",²⁹ pois o que se perde é a chance da cura e não da continuidade da vida, que depende de um conjunto complexo de fatores aleatórios subsequentes. Não há uma inversão da situação inicial e da final, pois o que o médico faz perder é a chance da "não doença" e não da vida.³⁰

Na verdade, o médico imperito ou negligente não elimina as chances de sobrevivência do paciente. A morte não será um prejuízo decorrente do fato culposo do médico, mas "une simple possibilité de rôle causal".³¹

(27) FRADERA, V. M. J. Op. cit., p. 130.

(28) CHABAS, F. La Perte d'une Chance en Droit Française - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 2.

(29) CHABAS, F. La Perte d'une Chance en Droit Française - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 2.

(30) "Il faut alors se garder d'une erreur de raisonnement qui mènerait de la confusion entre aléa intrinsèque au préjudice et incertitude sur le lien causal". CHABAL, F. CHABAS, F. La Perte d'une Chance en Droit Française - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 3.

(31) CHABAL, F. CHABAS, F. La Perte d'une Chance en Droit Française - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 3.

Não existe de fato uma aleatoriedade no fato de sobreviver, mas na chance de não morrer, o que é um risco constante. ³²

Por outro lado, estando configurada uma enfermidade e o profissional atua de forma a pôr por terra todas as possibilidades de recuperação, sua intervenção culposa não será sobre um risco de sobreviver, mas sobre a chance de recuperação, devendo por isso indenizar o dano.

"Ainsi le chirurgien qui opère mal un paralytique qui avait des chances de recouvrer la mobilité de son bras et rend l'infirmité irréversible, doit réparer la perte des chances dont il est cause". ³³

No Brasil a perda de uma chance não tem sido indenizada, exceto em alguns casos específicos, por alguns tribunais.

3.1.1 Jurisprudência sobre a perda de uma chance

A Jurisprudência francesa entende que existe a perda de uma chance de sobreviver. Ocorrendo ação culposa do médico e posteriormente morte, não havendo nexo de causalidade entre o resultado morte e a conduta culposa, deve indenizar pela perda de uma chance de sobrevida.

Assim decidiu a Corte de Cassação francesa em diversas oportunidades. ³⁴

O fundamento das decisões se deram sobre o fato de que a culpa do médico era evidente, grave, apenas havendo êxito sobre as conseqüências de sua intervenção. O Acórdão Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, cujo relator foi o Des. Araken de Assis, é inédito ao reconhecer a perda de uma chance como fator de responsabilização civil do médico. ³⁵

Tratou-se de caso em que paciente possuía número baixo de espermatozóides, motivo pelo qual foi realizada cirurgia, de caráter ³⁶ eletivo e não urgente, que teve como resultado final morte. A responsabilização do médico se deveu a que a cirurgia foi realizada prematuramente, pois embora o número de espermatozóides do paciente fosse baixo, através da inseminação artificial a fecundação era uma possibilidade. Além disso o paciente estava casado apenas há uma semana. Também errou o médico ao dar alta ao paciente que encontrava-se febril. Com o agravamento da febre e outros sintomas surgidos após a cirurgia o médico se restringiu a atender o paciente por telefone recomendando o uso de antipirético e termômetro.

Voltando para o hospital o paciente foi para a Unidade de Tratamento Intensivo, vindo a falecer devido a um quadro de septicemia.

Ainda como elemento importante considerou-se que a vítima concorreu para que o evento acontecesse por ter insistido em voltar para casa, motivo pelo qual houve redução no valor da indenização.

(32) Não obstante a isto a Jurisprudência francesa decide no sentido de que a perda de uma chance se configura quando na presença de certo risco a conduta do médico o aumenta: "la perte d'une chance implique l'existence préalable d'un risque susceptible d'être augmenté par l'action incriminée (...) le docteur G. A commis une imprudence et augmenté les chances de son malade d'être exposé à la complication survenue". Decisão da 1.ª Câmara Civil da Corte de Cassação francesa, de 17.11.1982. In: DURRY, Georg "Sur un probable revirement de jurisprudence en matière de réparation de la perte d'une chance de guérison ou de survie", in: Revue Trimestrielle de Droit Civil, 1983, p. 547.

(33) CHABAS, F. La Perte d'une Chance en Droit Française - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 6.

(34) DURRY, Georges. "Faute Médicale et perte de Chances de Survie", in: Revue Trimestrielle de Droit Civil, 1972, o. 408 et seq.

(35) Ap. Civ. 592.020.846, 1ª Câm. Civ. In RJTJRS 158, o. 214 et seq.

(36) Que se contrapõe a cirurgia emergencial ou de urgência

"Liberando o paciente e retardando seu reingresso na instituição hospitalar, o apelante fê-lo perder chance razoável de sobreviver, embora a virulência estatística da doença".³⁷

No mesmo sentido já julgou o Tribunal de Alçada de Minas Gerais a condenar médico e hospital por ter eliminado as chances de sobrevivência de feto, ao abandonarem gestante. Se fosse ela atendida a tempo, haveria possibilidade de realização de cesariana e sobrevivência do feto. Pelo atendimento tardio a criança veio a falecer.

"Nesta mesma linha, a teoria francesa da perte d'une chance admite a culpa do médico sempre que sua omissão ou erro tenha comprometido as chances de vida ou integridade do paciente. A responsabilidade do médico, então, independeria da comprovação do nexo causal entre culpa e dano, pois que, à luz dessa teoria, a culpa é precisamente não ter dado todas as oportunidades ('chances') ao paciente".³⁸ Também o TJRS tem acórdão na sua revista n. 149, p. 459, sobre o tema não reconhecendo a perda de uma chance.³⁹

3.1.2 Coisa julgada absolutória

O prof. Chabas questiona também coisa julgada penal e sua influência sobre a responsabilização civil do médico.

Poderia-se responsabilizar um médico pela perda de uma chance, se há sentença penal absolutória, numa ação penal por homicídio culposo?

É correto que não há como responsabilizar civilmente o médico pelo evento morte, em virtude da inexistência de uma relação causal entre seu ato e o resultado, porém a coisa julgada não se opõe à indenização do prejuízo causado da perda da chance de sobreviver. Para tanto cita um acórdão da Corte de Cassação francesa:

"Attendu, que Mme A (Veuve du patinet) a soutenu que les fautes commises par N. (Le médecin) avaient au moins fait perdre à son mari des chances de survie...; Attendu, qu'en ne s'expliquant pas sur ce moyen, qu'elle n'a pas écarté par le motif relatif à l'autorité de la chose jugée, la juridiction pénale ayant eu seulement à rechercher s'il existait un lien de causalité certain entre les fautes commises par N. Et le décès de ^a, la Cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences du texte susvisé." ⁴⁰

Em outras palavras significa que a avaliação da perda de uma chance não passa pela análise do nexo causal entre o ato culposo e a perda de um bem da vida, mas do nexo causal entre o ato culposo e a chance de poder obter o bem da vida.

Processualmente poder-se-ia afirmar que a coisa julgada não atinge a possibilidade de indenização pela perda de uma chance em virtude de que o pedido e a causa de pedir num e noutro caso são distintas.

(37) Voto do relator, Des. Araken de Assis. Ap. Civ. 592.020.846, 1ª Câm. Civ. In RJTJRS 158, p. 214 et seq.

(38) "Com efeito, se realizasse a cesariana, haveria a probabilidade de sucesso no parto, e se procurasse um contato permanente com o hospital, quando se afastou do plantão, poderia dar o tratamento à paciente evitando o desditoso resultado". Ap. Civ. 153.433-8, 3ª Câm. Civ., rel. Juiz Tenisson Fernandes. In Revista do Direito do Consumidor, n. 9, p. 152-153.

(39) Ap. Civ. 589.069.996, da 5ª Câm. Civ. do TJRS, rel. Des. Ruy Rosado de Aguiar Júnior, em 12.06.1990. In RJTJRS 149, p. 459-463; "Cirurgia eletiva para correção de miopia, resultando névoa no olho operado e hipermetropia. Responsabilidade reconhecida, apesar de não se tratar, no caso, de obrigação de resultado e de indenização por perda de uma chance". p. 459.

(40) CHABAS, F. Le Perte d'une Chance em Droit Française - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 10-11.

No mesmo sentido a Jurisprudência criminal francesa nega a possibilidade de penalização por homicídio culposo nos casos em que o médico foi culpado pela chance de sobreviver ou de cura, não se constituindo em motivo de penalização".⁴¹

Num caso em que não há aleatoriedade de um resultado, como, por exemplo, a realização de uma cirurgia em alguém que não corre nenhum perigo não enseja a responsabilização pela perda de uma chance. Mesmo que não se descubra nexos causal entre o ato culposo do médico e a morte do paciente, não há chance a ser perdida, porque abstratamente o paciente tem todas as chances de sobreviver, não estando presente a aleatoriedade. O bem perdido é a vida mesma e não a chance de sobreviver.

O dano neste caso, provado o nexos de causalidade, é direto.

É equivocada a compreensão de que na responsabilidade civil do médico a perda de uma chance é um prejuízo que se avalia em função das chances que o paciente tem de sobreviver, pois isto é uma transferência de riscos. O equívoco decorre de que a perda de uma chance deve se constituir num fato que elimine a aleatoriedade, tornando certo o resultado.

Se, apesar da ação culposa, continua a existir uma possibilidade de sobrevivência, nem todas as chances foram eliminadas, persistindo a aleatoriedade do resultado, não havendo dano.

Há, porém, decisões da Corte de Cassação francesa ⁴² que entendem indenizável se o risco surgido decorre de uma ação culposa do médico. Porém se o risco é inerente a determinada situação e não proveniente de uma ação culposa, não há direito à indenização.

No Direito brasileiro é plenamente possível a indenização pela perda de uma chance, mesmo que haja sentença absolutória penal, pois a "chance" não é bem cuja lesão possa implicar pena.

Ressalte-se, porém, que no caso de absolvição com fundamento no art. 386, I, do CPP será difícil uma resposta positiva, em face das razões de política jurídica e até de segurança jurídica da coisa julgada absolutória.

3.2 O dano moral e estético

Entende parte da Jurisprudência que o dano moral, provocado por "erro médico", é indenizável quando estiver presente o dolo.

O TJSP entende que só é indenizável o dano moral quando "o ilícito resulte de ato doloso, em que a carga de repercussão ou de perturbação nas relações psíquicas, na tranqüilidade, nos sentimentos e nos afetos de uma pessoa, se reflita como decorrência da repulsa ao ato intencional do autor do crime".⁴³

Apesar disto, entendemos que não existe motivo jurídico para não indenizar o dano moral decorrente de mera conduta culposa. No caso da responsabilidade civil do médico a possibilidade destes danos é maior, principalmente considerando que o dano moral tem por objeto a dor física e emocional, sempre quando há ação culposa do médico.

(41) CHABAS, F. *Le Perte d'une Chance em Droit Française* - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 12.

(42) CHABAS, F. *Le Perte d'une Chance em Droit Française* - Texto inédito, datilografado, autografado à prof. Vera Fradera, 1992, p. 16.

(43) Ap. 181.514-1/1, 4ª Câm. Cív., rel. Des. Olavo Silveira. In RT 704, 1994.

Havendo dano provocado por conduta culpável, deve ser indenizado, mesmo que de ordem moral.

Já o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul e grande parte dos tribunais do país, inclusive certas câmaras do TJSP, têm entendimento diverso, admitindo a indenização do dano moral.

A preocupação com a estética, e portanto sua indenizabilidade, não está também condicionada com a cirurgia estética. Mesmo a intervenção médica recuperadora deve se preocupar com o resultado estético. Por isso é também indenizável o dano estético provocado pela perícia médica, comum naqueles casos em que há amputação de um membro ou deformação facial.

As situações que ensejam a indenização por dano estético são muitas. Mesmo quando há a possibilidade de utilização de prótese ou de recurso que diminua a extensão do dano moral ou estético, deve este ser indenizado.⁴⁴

Também deve indenizar o médico que realizando cirurgia de natureza "mastológica", sobre os seios da paciente, mesmo que para retirar possível câncer, deve ser capacitado na área da cirurgia plástica para evitar aleijão.⁴⁵ Resulta disto que, em alguns casos, existe uma obrigação de resultado quando, embora essencialmente de meio, determinado resultado seja previsível.

3.3 A indisponibilidade da vida e saúde humana e o problema do consentimento

3.3.1 Experiência sobre seres humanos

Consistirá em abuso de poder a intervenção médica quando não houver autorização do paciente.

Porém, mesmo que haja autorização do paciente, não poderá o profissional utilizar tratamentos ou intervenções cujos riscos sejam desproporcionais às vantagens.

É pacífico que o corpo humano é indisponível juridicamente, assim como o são todos os direitos da personalidade. Não poderá, por isso, o profissional realizar experiências sobre o corpo humano. Não excluirá sua responsabilização a alegação de sua atuação "desinteressada".⁴⁶

Em hipótese alguma poderá o médico transformar o ser humano em cobaia, mesmo com sua concordância. O limite desta regra está em dois aspectos.

Primeiro que é permitido ao médico inovar quando a situação lhe impuser, seja pela emergência, pela carência dos materiais e medicamentos utilizáveis

(44) O Des. Adroaldo Furtado Fabricio ao julgar questão semelhante questiona: "Por mais perfeita que seja a peça de prótese, evidentemente não será bastante para simular com perfeição a aparência, os movimentos e as mutações naturais do tecido humano vivo. O emprego desse recurso poderá reduzir a extensão do dano estético, mas não repará-lo por inteiro. Bastaria perguntar-se: poderia o autor cumprimentar outra pessoa com um aperto de mão, sem dar a perceber que a sua é artificial, sem vida, pobre simulacro de verdadeira mão ?

Ainda menos aceitável é o argumento segundo o qual o emprego da prótese, por via indireta, eliminaria o dano moral. O ofendido, ele próprio, mesmo que a prótese fosse perfeita a ponto de enganar os circunstantes, estaria sempre consciente da artificialidade, e tal consciência representa sofrimento, perda de auto-estima e de confiança própria, retração no relacionamento social - toda uma constelação de males que representam o loda subjetivo do dano moral". Ap. Civ. 593.044.209, 6ª Câm. Civ. Porto Alegre. In RJTJRS 160, p. 403.

(45) "Não podia a cirurgia abstrair do campo de suas obrigações jurídicas a preocupação básica com os resultados estéticos, pelo elevadíssimo se não decisivo grau de importância que representavam no quadro das expectativas de cliente e que a nenhum médico, posto não sendo especialista, era dado ignorar". TJST. Ap. Civ. 129.946-1, 2ª Câm. Civ., rel. Des. Cesar Peluso. In Revista do Direito do Consumidor, n. 11. p. 176.

(46) DIAS, J. A. Op. cit., p. 290.

tradicionalmente ou quando a sua intervenção não seja potencialmente mais prejudicial que a inação. Neste sentido também deve-se ressaltar que o avanço da ciência está na possibilidade de inovação. Mas esta inovação deve estar dentro de condições de segurança mínima e inserida dentro de uma perspectiva de estudos e não na aleatoriedade e empirismo individual.

Sem dúvida também o médico será responsabilizado por violação de deveres legais, como o de divulgação de segredo profissional, ou a violação à Lei 3.268/57, que é o seu código de ética, ou então de violação de normas como a que proíbe o aborto etc.

3.3.2 Intervenções contra o consentimento do paciente

A regra é que o médico sempre que o tratamento apresentar algum risco deve ele consultar o paciente ou seus familiares.⁴⁷ Em havendo negativa deverá não intervir, informando também dos graves riscos de tal decisão.

Polêmica porém é a questão, quando determinado tratamento é necessário, mas o paciente nega-se a recebê-lo, pondo em risco sua integridade física e em muitos casos sua própria vida. Qual deve ser a postura do médico?

Tradicionalmente a doutrina ensina que estando o paciente consciente dos riscos e de sua decisão deverá o médico se abster. Assim, José de Aguiar Dias leciona:

"a operação sem consentimento equivale a agressão (...) o caso de um paciente que teve a perna esmagada e que recusou, terminantemente, consentir na amputação tornada necessária, sobrevivendo-lhe a morte, em consequência de gangrena gasosa. Os médicos que propuseram a operação não podiam proceder de outro modo, em face da comprovada lucidez que manifestara o paciente, ao rejeitar a intervenção cirúrgica".⁴⁸

Não se pode concordar que esta seja a melhor solução. Se é certo que o consentimento do paciente é elemento fundamental, pois o destino da vida das pessoas cabe a si, também é certo que a sociedade moderna não tolera o autoflagelo e o suicídio, consistindo numa figura antijurídica, porque também anti-social. Se não há penalização para o suicídio é muito mais por impossibilidade do que por condescendência moral.

Mais forte que o dever de atender a vontade do paciente, é o compromisso do médico com a vida e o seu dever de prestar socorro a quem necessita.⁴⁹

Neste sentido Juiz de Direito do Rio Grande do Sul, Artur Arnildo Ludwig, decidiu sobre caso em que familiares de paciente opunham-se à transfusão de sangue em situação de iminente perigo de vida, por motivos religiosos.

Afirma que,

"uma paciente, (...) em estado de saúde precário, com anemia, deficiência

(47) No caso de alguém que esteja inconsciente, seja menor ou não tenha poder de decisão sobre sua pessoa, como, por exemplo, os doentes mentais.

(48) DIAS, J. A. Op. cit., p. 290.

(49) O CP brasileiro prevê tal situação no seu art. 146 § 3º, I, quando trata do crime de constrangimento ilegal, no capítulo referente aos crimes contra a liberdade pessoal: § 3.º Não se compreendem na disposição deste artigo: I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida; II - a coação exercida para impedir suicídio: .

renal, infecção e outras patologias correlatas, em conseqüência de parto por cesariana, com hemorragia, negava-se, terminantemente, assim como seu marido e demais familiares, a se submeter a uma transfusão de sangue, o que segundo declarações médicas e exames realizados por uma junta médica, era necessário, sob pena de morte iminente (...). A paciente e sua família opunham-se à transfusão por motivos religiosos, vez que professavam a religião Testemunhas de Jeová".⁵⁰

Fundamenta a decisão de autorizar os médicos a realizarem tal transfusão com base que a defesa do bem vida não depende de consentimento, pois indisponível. Se constitui em excludente de tipicidade tal conduta, na medida em que visa evitar suicídio.⁵¹

Ainda sob o ponto de vista penal acrescenta que o representante da paciente em se opor à intervenção médica "poderia configurar, em tese, conforme o caso, até cogitação ou instigação/indução do médico à prática de homicídio tentado ou consumado, sob a forma de dolo eventual (assumir o risco), ante as condições precárias de sobrevivência".

Sob o ponto de vista da responsabilidade civil, a questão é delicada, pois embora o dever do médico seja o de preservar a vida, sua atuação nem sempre é suficiente para tanto.

Poderia se indagar, perante a questão posta para ser decidida pelo juiz Artur Ludwig, outras duas possibilidades. Se realizada a intervenção o resultado morte ocorresse, ou se os médicos seguissem as instruções dos familiares e do paciente, não intervindo, resultando também na morte do paciente. Seria o médico responsável?

As respostas dificilmente podem ser precisas em nível abstrato.

De qualquer forma, configurada uma situação emergencial e de perigo o elemento "vontade" e autorização fica relativizado. Primeiro pelo compromisso do médico com a vida e em segundo lugar que em situações de emergência o paciente e as pessoas envolvidas com ele nem sempre possuem as melhores condições psicológicas para decidir sobre a condução da "ação médica".

Nestes casos o profissional deve usar da prudência e de sua perícia e decidir qual é a melhor decisão, pois em circunstâncias emergenciais é o único com condições de saber qual é o melhor caminho a seguir.

Por isso, se é importante a "concordância" com a realização de uma cirurgia ou tratamento, não é indispensável, nem sequer implica presunção de culpa ou assunção de riscos.

Numa possível ação de responsabilidade a avaliação da conduta do profissional deve se restringir à análise da culpa diante das circunstâncias concretas que se lhe apresentaram de urgência e perigo. O aval de outro profissional da área ou a prudência dos profissionais do Hospital Conceição de Porto Alegre que requisitaram autorização judicial para realizar a transfusão de sangue é de bom tom, porém, nem sempre há tal possibilidade ou tempo para tanto.

(50) LUDWIG, Artur Arnildo. "Opor-se a transfusão de sangue, ante iminente perigo de vida, por motivos religiosos", in *Direito em Debate*, n. 3. Ijuí: eD. Universidade de Ijuí 19932, p. 116.

(51) LUDWIG, A. A. Op. cit., p. 117.

Também já decidiu o TJRS que no caso de dúvida, o profissional deve seguir a melhor orientação que tiver, não cabendo ao Judiciário dirimir dúvida. Existindo dúvida deve seguir literatura médica, mesmo que parte dela seja divergente quanto ao melhor tratamento. O importante é que demonstre ter utilizado a técnica a sua disposição.

"Cautelar. Transfusão de sangue. Testemunhas de Jeová.

Não cabe ao Poder Judiciário, no sistema jurídico brasileiro, autorizar altas hospitalares e autorizar ou ordenar tratamentos médico-cirúrgicos e/ou hospitalares, salvo casos excepcionalíssimos e salvo quando envolvidos os interesses de menores. Se iminente o perigo de vida, é direito e dever do médico empregar todos os tratamentos, inclusive cirúrgicos, para salvar o paciente, mesmo contra a vontade deste, de seus familiares e de quem quer que seja, ainda que a oposição seja ditada por motivos religiosos. Importa do médico e ao hospital é demonstrar que utilizaram a ciência e a técnica apoiadas em séria literatura médica, mesmo que haja divergências quanto ao melhor tratamento. O Judiciário não serve para diminuir os riscos da profissão médica ou da atividade hospitalar. Se a transfusão de sangue for tida como imprescindível, conforme sólida literatura médico-científica (não importando naturais divergências), deve ser concretizada, se para salvar a vida do paciente, mesmo contra a vontade das Testemunhas de Jeová, mas desde que haja urgência e perigo iminente de vida (art. 146, § 3º, inc. 1, do CP). Caso concreto em que não se verifica tal urgência. O direito à vida antecede o direito à liberdade, aqui incluída a liberdade de religião; é falácia argumentar com os que morrem pela liberdade, pois aí se trata de contexto fático totalmente diverso. Não consta que morto possa ser livre ou lutar por sua liberdade. Há princípios gerais de ética e de direito, que aliás norteiam a Carta das Nações Unidas, que precisam se sobrepor às especificidades culturais e religiosas; sob pena de se homologarem as maiores brutalidades; entre eles estão os princípios que resguardam os direitos fundamentais relacionados com a vida e a dignidade humanas. Religiões devem preservar a vida e não exterminá-la".

(Ap. Civ. 595.000.373, julgada pela 6ª Câm. Civ. Do TJRS, rel. Des. Sérgio Gischkow Pereira, em 28.03.1995, publicado na RJTJRS 171, p. 384 et seq.)

3.4 A responsabilidade do médico pelo fato de terceiro e pelo fato coisa

3.4.1 Danos causados por enfermeiros

Aqueles danos causados por prepostos, pelos enfermeiros ou outros empregados do estabelecimento hospitalar são de sua responsabilidade.

Se o dano for causado por enfermeiro do hospital, do qual o médico apenas se utiliza para tratamento de seus doentes, surge o problema de saber de quem é a responsabilidade: do hospital ou do médico.

José de Aguiar Dias⁵² indica ser do médico, pois é dele a responsabilidade do paciente, pela vinculação existente na transmissão das ordens técnicas, de exclusiva competência deste, configurando a subordinação.

(52) DIAS, J. A. Op. cit., p. 293.

Porém nos dias atuais, com a nova legislação consumerista, não se pode ter dúvida que a responsabilidade pela prestação dos serviços hospitalares é dirigida ao próprio hospital e não ao profissional liberal que eventualmente ocupe suas dependências. Mais do que isto, em se tratando de dano provocado por terceiros, que o médico, a responsabilidade será objetiva, não perquirindo-se de culpa.

3.4.2 A substituição entre profissionais: danos causados pelo anestesista

A medicina do século XX tem se caracterizado pelas grandes inovações na arte cirúrgica. Hoje há transplantes de coração, de pulmão, de rins, como de vários outros órgãos do corpo humano.

Tais cirurgias historicamente encontraram barreiras na dor, conseqüência natural de uma incisão sobre o corpo humano. A "anestesia", como técnica de eliminação da dor, através de terapia química, foi um dos elementos fundamentais para o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e por conseqüência do salvamento de muitas vidas.

Ao mesmo tempo que trouxe muitas vantagens, pela violência como os agentes químicos agem sobre o organismo humano e, em especial, pela fragilidade de certas pessoas, tem sido a "anestesia" um dos motivos maiores de causa de óbito por erro médico.

O cuidado neste sentido deve ser redobrado, imputando-se ao anestesista o mesmo conjunto de deveres que ao cirurgião. "Jamais deve o risco da anestesia ser maior que o risco da operação, isto é, em operações de menor importância é desaconselhável aplicar anestésias gerais, convindo, sempre que possível, guardar a proporção ou relação direta entre a anestesia e a importância da operação".⁵³

Além disto compete ao anestesista colher informações junto ao cirurgião sobre as condições do paciente e, se necessário, realizar testes e exames que indiquem extrema sensibilidade ou inclusive alguma rejeição aos anestésicos, necessitando sempre do consentimento do paciente sobre a modalidade de anestesia.

Apesar de ser a figura dominante, responsável pela operação como um todo, bem como por ser ele quem manteve contato com o paciente, não pode recair sobre tal profissional a responsabilidade dos demais, embora houvesse forte tendência dos juristas em geral entenderem neste sentido.

Neste âmbito é importante a noção de que nos dias atuais, com níveis de especialização cada vez maior, a atuação conjunta, a formação de equipes para realização de cirurgias é algo indispensável, motivo pelo qual atribuir responsabilidade ao cirurgião dos atos autônomos dos demais é extremamente difícil.

Esta dificuldade resulta de que hoje não há uma relação de subordinação acentuada entre o anestesista e o cirurgião, o que não exclui, por outro lado certa responsabilidade pela integração dos trabalhos desenvolvidos.

A responsabilidade de um profissional pela intervenção de outro, pela característica da liberalidade, só existirá se houver a preposição de um profissional sobre outro, quando um age sob direção de outro. Nos demais casos a responsabilidade de cada um é autônoma na sua esfera de atuação.

(53) DIAS, J. A. Op. cit., p. 295.

A mais nova jurisprudência atribui solidariedade entre o anestesista e o hospital. Assim o Tribunal de Alçada de Minas Gerais.⁵⁴

Acórdão do TJRS⁵⁵ condena não só o anestesista, como empresa que transportou tubos de oxigênio (trocados para gás carbônico) e hospital. O anestesista por não ter verificado ser oxigênio; a empresa que engarrafadora por colocar CO₂ em tubos verdes, destinados a O₂, conforme recomendação da ABNT e o hospital por ser responsável por seus empregados; e a empresa transportadora por entregar no hospital em tubo de gás carbônico, sabido que ali não é usado.

3.4.3 A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares

O abandono do paciente em hospital enseja a responsabilização tanto do médico, como do hospital, que são solidários em prestar atendimento constante. Deve o hospital manter plantonista que possa atender emergências e situações nas quais o médico particular não possa atender.

No mesmo sentido, a Jurisprudência mineira condenou hospital por abandonar paciente, "que perdeu a chance da vida e da integridade", de forma solidária com a médica de plantão.

O hospital responde pelos atos de seus prepostos, independente de receberem remuneração da previdência social.

É também objetiva a responsabilidade do hospital por doença adquirida nele, como grávida que adquire rubéola, ou infecção hospitalar. Explosão de uma caldeira, queda de escada ou outro fato é responsabilidade objetiva.

O STJ tem reconhecido responsabilidade objetiva do Estado por danos causados por profissionais liberais que desenvolvem atividades em seus estabelecimentos, em conformidade com o art. 37, § 6º, da Constituição: "Responde o Estado por dano causado pela anestesia, mesmo que o médico não tenha sido imprudente, negligente ou imperito, desde que tenha ocorrido nexo entre o ato lesivo e o dano".⁵⁶

3.4.4 Danos causados por equipamentos

A responsabilidade por equipamentos, principalmente numa sociedade cuja medicina é toda baseada em instrumentos, principalmente a cirúrgica, é tema de relevância. O melhor ensinamento é que o responsável pela coisa será o responsável. Existindo dano injusto, deve ele ser indenizado. Se determinado equipamento oferece risco na sua utilização deve sempre o profissional alertar destes riscos e redobrar seus cuidados na utilização

Mas independente disto, o equipamento em utilização não é causa de dano sem a intervenção do médico, motivo pelo qual considera-se como responsabilidade pessoal do médico todo o dano provocado por coisas durante o tratamento, seja cirúrgico ou não.

(54) In RT 689, 1993, p. 227. Ap. Civ. 118.642-5, 3ª Câm. Civ., rel. Juiz Pinheiro Lago.

(55) RJTJRS 138, p. 201 et seq.

(56) Ap. Civ. 93.01.33571-9, da 3ª T. de TRF, rel. Juiz Tourinho Neto, em 29.11.1993. In LEX, JSTJ e TRF, n. 56, p. 420-542 e Ap. Civ. 92.01.32316-6, da 3ª Turma do TRF, rel. Juiz Tourinho Neto, em 03.03.1993. In LEX, JSTJ e TRF, n. 46, p. 347-353: "Responde a autarquia pelo dano causado por médico anestesista de seu hospital, que aplicando anestesia raquiana cause dano ao sistema locomotor da paciente, sem que tivesse havido interferência de causa estranha (força maior, caso fortuito ou culpa exclusiva da vítima)". P. 348.

Porém, se o dano surge de defeito no equipamento, imperceptível ao médico, este será o responsável por tais danos. Se possível ao médico perceber o mau funcionamento do aparelho sua responsabilização também é pertinente. Já se o dano provocado pela coisa não ocorreu no efetivo tratamento, mas durante o tratamento em estabelecimento hospitalar, as regras incidentes são outras, relativas à responsabilidade pelo fato da coisa, regida pelas regras do Direito civil e do Direito do consumidor.

4. CONCLUSÃO

A título de conclusão deve-se referir que este tema, relativamente novo, ao menos perante a idade da medicina e da responsabilidade civil deve ser atentamente estudado não só pelos profissionais ligados à defesa do consumidor, como ao próprio fornecedor do serviço médico.

Percebe-se que é grande a desinformação entre os profissionais da área médica, tanto no sentido de ignorar a possibilidade de responsabilização como na de achar que com o avanço da matéria nos tribunais sua atividade será inviabilizada.

O centro da questão está na forma como a comunicação é estabelecida entre cliente e profissional médico, bem como as formas de adaptação entre a linguagem técnica do domínio médico com a necessidade de informações do paciente. Uma vez que o profissional médico informe adequadamente seu cliente sobre os possíveis rumos de um tratamento, as características de sua patologia ou de sua organicidade, dada a conhecer por linguagem simples e precisa, poderá dormir tranqüilo.

Em geral, o cumprimento dos deveres de informação podem ser executados através de atos extremamente simples. Basta que ao receitar, apresentar diagnóstico ou interpretar exames, o faça por escrito, em letra legível ou impressa.

O dever de informar não se esgota por aí, mas seguido este caminho, da transparência, fazendo valer a confiança que sempre é depositada pelo paciente quando procura um profissional, danos e conflitos serão evitados.

Para o direito em si o desenvolvimento desta matéria é necessidade que deriva do aumento da complexidade das relações sociais e da própria transformação que estamos vivendo.

Se no começo do século XIX a malha contratual, que formava grande parte das relações intersubjetivas, estava ligada à troca de mercadorias, via compra e venda, no final do século XX estamos organizados sobre uma malha contratual cuja maior parte dos contratos são de prestação de serviços.

Tais serviços são essenciais não só para o funcionamento do mecanismo social, como também representam uma nova forma de organização econômica e social, com distribuição de papéis aos sujeitos sociais absolutamente distinta daquela de cem ou duzentos anos atrás. Para esta realidade deve estar atento o jurista.

A PARTICIPAÇÃO ACADÊMICA HOSPITALAR E AS RESPONSABILIDADES DOS DIRETORES TÉCNICOS E DIRETORES CLÍNICOS

Parecer CFM

EMENTA

Os Diretores Clínicos e/ou Diretores Técnicos das instituições prestadoras de serviços médicos são responsáveis por problemas decorrentes da atuação dos acadêmicos, caso inexistir programa de estágio nas mesmas, podendo, inclusive, incorrer em ato ilícito, conforme preceituam os arts. 30 e 38 do CEM.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo, pelo ofício CRM-ES nº 290/92, de 9/7/92, encaminhou a este Conselho Federal de Medicina, para apreciação, a Resolução CRM-ES nº 029/92, que assim dispõe:

Art. 1º - Determina aos Diretores Clínicos e/ou Diretores Técnicos das instituições prestadoras de serviços médicos, que só permitam a participação de acadêmicos de medicina nas atividades assistenciais caso a instituição possua programa de estágio aprovado por universidade ou escola médica de âmbito estadual, com supervisão orientada por médicos nomeados para tal."

Art. 2º - Responsabilizar os Diretores Clínicos e/ou Diretores Técnicos através da Resolução CFM nº 1.342/91 e os artigos 30 e 38 do Código de Ética Médica, pela prática ilegal da medicina e por eventuais problemas decorrentes da atuação de acadêmicos que não possuam programa de estágio nos termos do artigo 1º.

A requerida consulta foi encaminhada em 14/7/92 ao Secretário Geral; posteriormente ao Setor de Processo-Consulta e a seguir, à Conselheiro parecerista "para parecer e juntada de pareceres, se já existentes." Foram anexados os pareceres nº 18/86, 12/89, 24/89, 47/89, 13/90, 15/90 e 42/90, cujos assuntos não nos parecem pertinentes à consulta formulada e, infelizmente, por extinção do mandato do Conselheiro em 1994, não pudemos contar com o brilhantismo que lhe era peculiar em seus pareceres.

Retornando ao Conselheiro Júlio Cezar, este o encaminhou à Assessoria Jurídica que, em 6/9/95, emitiu o Parecer nº 065/95, nos seguintes termos:

"Entendemos que o Conselho Regional supramencionado tem competência para disciplinar o programa de estágio aos acadêmicos de medicina, tendo em vista ser uma de suas atribuições promover o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam (artigo 15, "h", Lei nº 3.268/57)."

"Desse modo, para que haja um maior controle da qualidade dos serviços médicos prestados pelos acadêmicos de medicina, somos de opinião que aquele Conselho Regional pode exigir, para tanto, alguns pré-requisitos, tais como os elencados na Resolução nº 29/92."

"No que tange a responsabilização dos Diretores Clínicos e/ou Diretores Técnicos, deduzimos que essa determinação coaduna-se com a Resolução CFM nº 1.342/91, pois cabe àqueles diretores zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, além de assegurar condições visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde, em benefício da população usuária da instituição."

"Por último, entendemos, como considerado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, que haverá a prática ilegal da profissão de médico se os acadêmicos de medicina não forem supervisionados diretamente, com a conseqüente responsabilidade daqueles Diretores por essa ilegalidade, conforme preceituam os artigos 30 e 38 do Código de Ética Médica."

Vê-se que ao elaborar a Resolução nº 29/92, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo fundamentou-se, rigorosamente, nos preceitos éticos e demais textos normativos emanados deste Conselho Federal de Medicina, excetuando-se a capitulação do artigo 30 do CEM, que no nosso entender faz referência a delegação a outros profissionais, não sendo o acadêmico considerado profissional, pois não detém diplomação prevista em lei.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 8 de fevereiro de 1996.

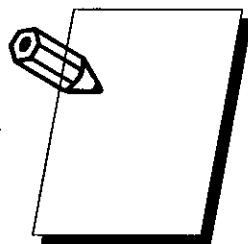
Edilberto Parigot de Souza Filho
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 10/09/96

**"Subdesenvolvimento não é falta de recursos.
É falta de caráter."**

Professor indiano J. K. Mehta

MUDOU DE ENDEREÇO?



Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958 - D.O. de 25.07.1958

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

NOME: _____

Residência

Consultório

Rua: _____

Nº _____ Andar/ Sala/ Apto. _____

Bairro: _____ Fone: _____

Cidade: _____

CEP: _____ Estado: _____

O conselho precisa dispor de seu endereço **COMPLETO** e **ATUALIZADO** para poder servi-lo cada vez melhor. Comunique-nos qualquer modificação para que nossas correspondências possam chegar ao destino.

COMPETÊNCIA / INCOMPETÊNCIA

Pérolas da burocracia

"Quando numa reunião alguém apresenta um documento como subsídio para a discussão de um problema, passa-se automaticamente a discutir o documento e a ignorar o problema".
(Lei de Fang)

"Um grama de imagem é melhor do que um quilo de desempenho".
(Do "Princípio de Peter")

"Incompetência mais incompetência é igual a incompetência. As tentativas de aliviar a incompetência aumentam o número de incompetentes, sem melhoramento na eficiência".
(Idem)

"O homem que pode sorrir quando as coisas vão mal está pensando em alguém a quem culpar".
(Lei de Jones)

"Numa crise que force uma escolha entre as alternativas, a maioria fará a pior escolha".
(Lei de Rudin)

"A generalização da incompetência é diretamente proporcional à altura na hierarquia".
(Lei de Goden)

"A organização atinge o seu ponto de perfeição no momento em que entra em colapso".
(Das Leis de Parkinson)

"Em qualquer campo da atividade humana, o homem sempre fará aquilo que sabe, e não o que é preciso".
(Lei de Fang)

"A preocupação principal da administração é a sobrevivência".
(Das Leis de Crosby)

"O gerente deve cortar o seu melhor elemento em vez do pior. No futuro haverá um corte de gerentes e é mais provável que ele seja despedido quando houver um bom subordinado para substituí-lo".
(Do "Princípio de Catt")

"Um homem com um relógio sabe que horas são. Um homem com dois relógios nunca está seguro".
(Lei de Segal)

"O caminho mais curto em dois pontos está sempre em obras".
(Lei de Mammana)

"Se algo pode dar errado, dará errado".
(Das Leis de Murphy)

I - POSSIBILIDADE JURÍDICA DE QUE MÉDICOS QUE TENHAM SIDO PARTES EM PROCESSOS ÉTICOS INTEGREM COMISSÕES DE ÉTICA EM HOSPITAIS

Parecer CFM

I - HISTÓRICO:

A presente consulta do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, encaminhada ao CFM através do Ofício CREMESC no 325/93, de 01/04/93, protocolada no CFM sob o no 1.643/93, foi a mim encaminhada para parecer, através do Ofício CFM no 3324, de 10/11/94, com a seguinte indagação daquele Regional "Participação de médicos que sofreram PEP neste Regional, em Comissão de Ética de Hospitais" - Exemplifica: Médicos "Absolvido (1); Censura Confidencial (2); PEP em andamento (1)".

Inicialmente, o Processo-Consulta no 1.643/93 foi enviado ao Assessor Jurídico que emitiu o parecer no 025/93, nos seguintes termos:

"Trata-se, pois, de consulta formulada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina sobre três casos distintos:

1o Caso: O médico foi absolvido.

Não há dúvida quanto a isenção de qualquer tipo de vedação neste caso, uma vez que o médico foi considerado inocente diante dos fatos que lhe foram imputados.

2o Caso: O médico foi condenado à pena de 'Censura Confidencial em Aviso Reservado'.

Neste caso, a questão supera a problemática jurídica. Trata-se de uma questão de conveniência subjetiva. Não é recomendável que o profissional que tenha sido considerado culpado e sofrido sanção por algum ilícito ético a ele imputado integre uma Comissão de Ética, cuja finalidade é a de zelar e fiscalizar as atitudes de profissionais médicos em determinado hospital. Seus pareceres e votos estariam comprometidos, via de regra, por arguição de parcialidade.

3o Caso: O médico encontra-se como parte de processo ético em andamento.

Neste caso, recomenda-se que até que se tenha a sentença final fique o médico suspenso de participar deste tipo de comissão, pelo mesmo princípio de conveniência subjetiva. Uma vez tenha sido sentenciada sua absolvição, igualmente estaria o médico isento de qualquer vedação neste assunto."

Ainda cabe, no nosso entender, fazer uma retificação aos termos do encaminhamento, quando é solicitado parecer quanto à possibilidade jurídica, fato já avaliado pelo setor competente (Assessoria Jurídica). Limitaremos-nos a opinar quanto ao envolvimento ético da consulta.

II - CONSIDERAÇÕES GERAIS:

As Comissões de Ética, criadas pela Resolução CFM no 1.215/85, devem exercer nos locais de atividade médica, atuação semelhante à realizada pelos Conselhos, facilitando e ajudando o cumprimento ético da profissão médica, excluindo-se da atividade judicante. Com muito mais agilização e talvez melhor capacitadas para identificar os desvios que possam ocorrer com os médicos no seu local de atuação, ampliam a ação dos Conselhos de Medicina, ajudando na solução das dificuldades existentes.

Sua composição, obrigatoriamente feita por médicos da Unidade, deve alcançar parâmetros mínimos de qualidade, visto ser necessário o empenho, dedicação e o exemplo dos seus membros na realização das tarefas que lhes sejam confiadas. Democraticamente escolhidas pelos médicos dos Serviços onde funcionarão, seus componentes devem possuir as características que assegurem às Comissões de Ética um padrão ético de qualidade e respeitabilidade.

III - PARECER:

Acredito não ser aconselhável que, na composição das Comissões de Ética, participem médicos que estejam respondendo a Processo Ético-Profissional e ou os que já tenham sofrido qualquer punição por infração ética. Além dos argumentos apresentados pela Assessoria Jurídica, nossa interpretação baseia-se no fato da necessidade de ter a Comissão de Ética respeitabilidade para seu pleno funcionamento, devendo ficar isenta de qualquer suspeição.

IV - CONCLUSÃO:

Médicos que tenham sofrido pena por infração ética não devem fazer parte de Comissões de Ética. Membros de Comissões de Ética que venham a responder processo ético-profissional deverão ser substituídos pelos seus suplentes, até a conclusão do mesmo.

Este é o meu parecer.

Brasília-DF, 11 de janeiro de 1995.

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/12/96

Nota. Veja parecer seguinte

II - POSSIBILIDADE JURÍDICA DE QUE MÉDICOS QUE TENHAM SIDO PARTES EM PROCESSOS ÉTICOS INTEGREM COMISSÕES DE ÉTICA EM HOSPITAIS

Parecer CFM

EMENTA

Médico que tenha sido apenado em PEP pode participar de comissões de ética, exceto quando impedido de exercer a medicina.

O presente parecer foi mais de uma vez submetido ao Plenário, sendo motivo de ampla discussão, havendo várias opiniões discordantes quanto a possibilidade ou não de médicos que estivessem respondendo PEP ou viessem a ser apenados pelos Conselhos de Medicina, participar de Comissão de Ética.

Já na primeira discussão o meu parecer (transcrição anexa) foi em parte contestado, principalmente no aspecto da impossibilidade da participação do médico em Comissão de Ética, que estivesse respondendo PEP. A argumentação contra o meu parecer e aceita, é de que não poderia haver um pré-julgamento.

Quanto à impossibilidade de participar, quando o médico tivesse sido apenado pelos Conselhos de Medicina, essa foi motivo de solicitação de vistas pelo Conselheiro Edson de Oliveira. O relato do Cons. Edson, apresentado em Plenário, foi baseado, também, a exemplo do meu parecer, na respeitabilidade que deve ter o médico para participar de Comissão de Ética. O parecer do Cons. Edson de Oliveira propõe, para os médicos apenados, a impossibilidade de participação por período determinado (5 anos), substanciando sua tese no princípio do Direito.

Em relação aos dois pareceres, o meu, que impedia de participar e o do Dr. Edson de Oliveira, que estabelecia um tempo de carência, o Plenário deu demonstração, por maioria, de que não caberia à Instituição estabelecer limites ou impedimento para qualquer pessoa. Essa postura, se tomada, limitava o direito de recuperação e até quebraria o sigilo previsto para algumas penas. Entendeu o Plenário que a importância dada pelos dois pareceres à necessidade da respeitabilidade a ser exigida para participação em uma Comissão de Ética, deve ser avaliada quando da formação de chapas ou na decisão das pessoas que terão o direito de escolha, não devendo ser imposta como elemento cerceador do direito de qualquer médico em se submeter à avaliação de seus colegas.

Este relator concorda, juntamente com o Conselheiro Edson de Oliveira, após os argumentos citados e defendidos pela maioria do Plenário, que, apenas os médicos que estejam impossibilitados de exercer a medicina em definitivo ou temporariamente, ou seja, os apenados nas letras "d" e "e" do Código de PEP, não podem participar de Comissão de Ética.

Brasília, 28 de janeiro de 1996..

Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti
Cons. Relator

Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 11/12/1996

Arq. Cons. Region. Med. do PR.
14(54):115, 1997

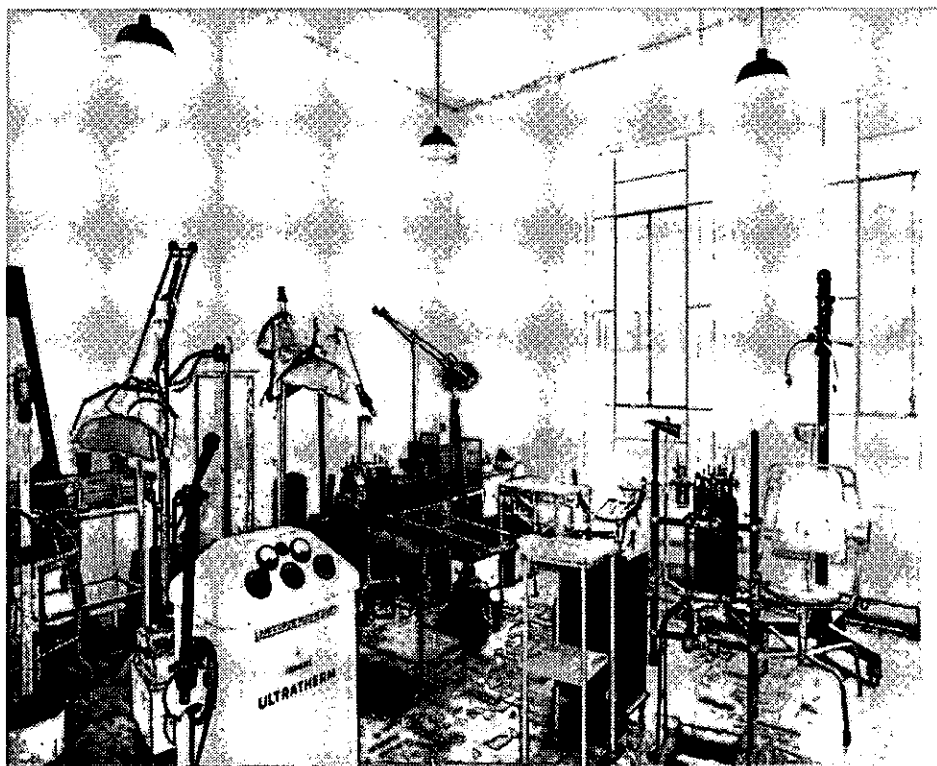
MUSEU DE MEDICINA

Associação Médica do Paraná

Ehrenfried Wittig - Diretor de Museu

Colabore com sua doação

Livros, revistas, fotografias, aparelhos, instrumentos, remédios, brindes, propaganda.
Qualquer material que tenha o cunho de ultrapassado, antigo, coisas simples como
agulhas, seringas, peças de consultório, vestuários, etc.
Ligue para a secretaria da AMP: 342-1415



APARELHOS: Sala de Conservação e Recuperação, do acervo técnico do Museu, com aparelhos doados, de radiologia, ultratermia, anestesia, lâmpada de campo cirúrgico, cadeira de exame de otorinolaringologista, lavatório de mãos, etc.
São todos aparelhos Tecnicamente superados e doados por diversos médicos ou familiares.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Gestão 1993/1998

COMISSÕES DE TRABALHO DO CRM-PR

1. COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Mário Lobato da Costa
Cons. Roberto Bastos de Serra Freire
Cons.ª Ana Zulmira Eschholz Diniz
Cons. Antonio Carlos Bagatin
Cons. Moacir Pires Ramos
Cons. Donizete Dimer Giamberardino Filho.

2. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Presidente: Cons. Luiz Fernando Bittencourt Bettrão
Cons. Álvaro Réa Neto
Cons. Luiz Carlos Sobania
Cons.ª Wilma Brunetti
Cons.ª Zaira Lúcia Lerchacovski de Nello

3. COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Presidente: Cons. Hélio Bertolozzi Soares
Cons. Antonio Katsumi Kay
Cons.ª Marília Cristina Milano Campos
Cons. Ricardo Rydygier de Ruedige
Cons. Zacarias Alves de Souza Filho

4. COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS - CODAME

Presidente: Cons. Agostinho Bertoldi
Cons. Donizete Dimer Giamberardino Filho
Cons. Ivan Pozzi (Londrina)
Cons. Mário Luiz Lurizotto
Cons.ª Mara Alboneti Dudgeque Planovski

5. COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Presidente: Cons.ª Eleusis Pontoni de Nazareno
Cons. João Batista Marchesini
Cons. Mônica De Blase Wright Kastrop

6. COMISSÃO DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Presidente: Cons. Marcos Flávio Gomes Maronegri
Cons. Carlos Castello Branco Neto
Cons. José Carlos de Miranda
Cons. Luiz Jacinto Siqueira (Ponta Grossa)
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrop
Cons. Nelson Antonio Banulatti Filho (Foz do Iguaçu)

7. COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS DELEGACIAS SECCIONAIS

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

8. COMISSÃO DE REVISÃO DO REGIMENTO INTERNO

Presidente: Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Cons. Luiz Fernando Bittencourt Bettrão
Cons. Alberto Acotly Velga

9. CORREGEDORIA DO CRM/PR

Cons. Miguel Ibrahim Abboud Hamra Sobrinho
Cons. Odair de Floro Martins

10. COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO, RECURSOS HUMANOS E PATRIMÔNIO

Presidente: Cons. Gerson Zafalon Martins
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons.ª Mara Alboneti Dudgeque Planovski

11. COMISSÃO DE LICITAÇÃO E LEILÃO

Presidente: Gerson Zafalon Martins
Cons.ª Ivanira Maria Martins
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrop

12. COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cons. José Carlos de Miranda
Cons.ª Mônica De Blase Wright Kastrop

DELEGACIAS REGIONAIS

Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Presidente)
Dr. Ivan Pozzi
Dr. José Luiz de Oliveira Camargo (Secretário)
Dr. Junot Cordeiro
Dr. Antonio Celso Bushardo
Dr. Carlos Alberto Doroitau Mascarenhas
Dr. Edgard Luiz Westphalen
Dr. João Henrique Steffen Junior
Dr. Luiz Carlos Polonio Oliveira
Dr. Mário Tadatti Irla
Dr. Sinésio Moreira Junior
Dr.ª Suelli Aparecida Kublack Goria
Dr. Walter Marcendes Filho

DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Dr. Nelson Couto Rezende
Dr. Kemel Jorge Chammias (Presidente)
Dr. Dacymar Caputo de Carvalho (Vice-Presidente)
Dr. Mirino Okawa
Dr. Giancarlo Sanches (Secretário)
Dr. Paulo Afonso de Almeida Machado
Dr. Natal Domingos Gianotto
Dr. Mário Massaru Miyazato
Dr. Claudio Cordeiro Albino
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Tesoueiro)
Dr.ª Maria Tereza Coimbra
Dr. Murilo Narciso

DELEGACIAS SECCIONAIS

DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (Presidente)
Dr. Luiz Jacinto Siqueira (Secretário)
Dr. Isaac Silva Melnick (Colaborador)
Dr. Erio Garletti (Suplente)
Dr. Fernando José Fuppi (Suplente)
Dr.ª Mari Marcias Tschy (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr. Gilberto Sadioto (Presidente)
Dr. Manoel Luiz Brum (Secretário)
Dr. Argos Von Linsinger (Colaborador)
Dr. Antonio Franço de Araújo (Suplente)
Dr.ª Lara Rodrigues Vieira (Suplente)
Dr. Libero Mezzadri Neto (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Sylvio José Borela (Presidente)
Dr. Idelfonso Ampedo Caio (Secretário)
Dr. Eduardo Emesio Obzuti Filho (Colaborador)
Dr. João Ferry (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 Alferez (Suplente)
Dr. Luiz Roberto Gonçalves Nello (Suplente)

DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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