

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

PORTE PAGO  
DR/PR  
ISR - 48-189/84

ISSN 0104 - 7620

IMPRESSO

v. 18 - n. 70 abr./jun. - 2001

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
GESTÃO 1998/2003**

**DIRETORIA  
(2001-2003)**

Presidente:	Cons. Luiz Sallim Emed
Vice-Presidente:	Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
1ª. Secretária:	Consª. Marília Cristina Milano Campos
2ª. Secretária:	Consª. Mariângela Batista Galvão Simão
Tesoureiro:	Cons. Roberto Bastos da Serra Freire
Tesoureiro Adjunto:	Cons. Gerson Zafalon Martins
Corregedora:	Consª. Raquele Rotta Burkiewicz

**MEMBROS EFETIVOS**

Carlos Ehke Braga Filho  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Daebes Galati Vieira  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Gerson Zafalon Martins  
Hélcio Bertolozzi Soares  
José Luis de Oliveira Camargo  
Kemel Jorge Chammas  
Luiz Sallim Emed  
Marcos Flávio Gomes Montenegro  
Mariângela Batista Galvão Simão  
Marília Cristina Milano Campos  
Mauri José Piazza  
Monica de Biese Wright Kastrup  
Raquele Rotta Burkiewicz  
Roberto Bastos da Serra Freire  
Rubens Kliemann  
Sérgio Maciel Molteni  
Waldir Rúpollo  
Zacarias Alves de Souza Filho

**MEMBROS SUPLENTES**

Antonio Carlos de Andrade Soares  
Célia Inês Burgardt  
Cícero Lotário Tironi  
Jorge Rufino Ribas Timi  
José Eduardo de Siqueira  
Lucia Helena Coutinho dos Santos  
Luiz Antonio e Mello Costa  
Luiz Jacintho Siqueira  
Manoel de Oliveira Saraiva Neto  
Marco Antonio do S. M. Ribeiro Bessa  
Mario Stival  
Minao Okawa  
Niazy Ramos Filho  
Nilson Jorge de Mattos Pellegrini  
Orlando Belin Júnior  
Renato S. Rocco  
Sylvio José Borela

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

**SECRETARIA**

---

R. Mal. Deodoro, 497 - 3º Andar - Cx. Postal 2208 - Curitiba - Paraná - CEP 80020-320  
Telefone: (41) 322-8238 - Fax: (41) 322-8465

---

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 18	n. 70	p. 61-120	Abr/Jun.	2001
---------------------------	----------	-------	-------	-----------	----------	------

## **EDITOR**

Ehrenfried O. Wittig

## **CONSELHO EDITORIAL**

Carlos Ehlke Braga Filho  
Luiz Carlos Sobania

Duilton de Paola  
Luiz Sallin Emed

Zacarias Souza Filho  
Iseu Affonso da Costa

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

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

## **ENDEREÇOS**

Secretaria Rua Marechal Deodoro, 497. 3º andar  
80020-320 Curitiba - Paraná - Brasil

e-mail Geral : [crmpr@crmpr.org.br](mailto:crmpr@crmpr.org.br)  
Secretaria/Diretoria: [secdir@crmpr.org.br](mailto:secdir@crmpr.org.br)  
Assessoria Jurídica: [aj@crmpr.org.br](mailto:aj@crmpr.org.br)  
Cofep: [cofep@crmpr.org.br](mailto:cofep@crmpr.org.br)  
Biblioteca: [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)  
Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

Postal Caixa Postal 2208  
Telefone 0 xx 41 322-8238  
Fax 0 xx 41 322-8465

## **TIRAGEM**

14.000 exemplares

## **CAPA**

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

## **COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO**

SERZEGRAF

Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 278-9460

CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná

e-mail: [comercial@serzgraf.com.br](mailto:comercial@serzgraf.com.br)

## **EDIÇÃO**

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

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

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

## **RESPONSABILIDADE**

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

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

**TEXTO** - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chaves e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

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

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

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

**Resumo e Abstract** - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

**Palavras-chave (unitermos) e key words** - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 títulos.

**Tabelas** - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

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

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

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

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

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

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

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

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

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

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 322-8238.

## **ABREVIATURA**

*Arq Cons Region Med do PR*

## **FICHA CATALOGráfICA**

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 18, n.70, 2001

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 0104-7620

ABNT

# Sumário

<b>Responsabilidade Cível no Erro Médico</b>	
Neri Tadeu Camara Souza .....	61
<b>Prontuário Médico e o Tempo de Arquivamento</b>	
Parecer CFM .....	93
<b>Não Compete as Sociedades de Especialidades Punir Associados Por Infrações Éticas</b>	
Parecer CFM .....	97
<b>Curso de Tecnologia em Radiologia de Nível Superior e Suas Limitações</b>	
Parecer CFM .....	99
<b>Laudos, Pareceres e Atestados Emitidos Por Fisioterapeuta - Limitações</b>	
Parecer CFM .....	101
<b>Iridologia Não é Prática Médica</b>	
Parecer CFM .....	103
<b>Fator Moderador e Fator Redutor Econômico de Exames Complementares Nas Cooperativas Médicas</b>	
Parecer CFM .....	104
<b>A Ética e os Pacientes Terminais</b>	
José Eduardo de Siqueira .....	109
<b>Resgate Aeromédico e o Visto Médico Temporário</b>	
Parecer CFM .....	112
<b>Composição da Equipe de Verificação de Morte Encefálica</b>	
Parecer CFM .....	114
<b>História da Medicina</b>	
Ehrenfried Wittig .....	116

# RESPONSABILIDADE CIVIL NO ERRO MÉDICO

Neri Tadeu Camara Souza\*

## RESPONSABILIDADE CIVIL NO BRASIL

### 1.1 Introdução

Inicia-se pelo histórico, necessário para, partindo de uma visão universal da responsabilidade civil, situar a mesma dentro da realidade nacional, até porque sua evolução se insere dentro do desenvolvimento do país como sociedade.

A seguir, conceitua-se a responsabilidade civil, demonstrando o que diferentes doutrinadores consideram ser a responsabilidade civil, juridicamente falando.

A mesma responsabilidade civil é avaliada após, em seus aspectos gerais, tecendo-se, pois, considerações, de interesse doutrinário.

Definem-se, por fim, as características das responsabilidades subjetiva e objetiva, porque ambas são indispensáveis para a compreensão do tema aqui abordado, imprescindíveis para o entendimento da responsabilização civil.

### 1.2 Histórico

Nas Ordenações do Reino, o direito romano era mandado aplicar como subsidiário ao direito pátrio, ditado pelo artigo 2º da chamada **Lei da Boa Razão** (Lei de 18 de agosto de 1769), que dizia *"que o direito romano servisse de subsídio, nos casos omissos, não por autoridade própria, que não tinha, mas por serem muitas as suas disposições fundadas na boa razão"*. Essa foi a primeira fase do direito positivo brasileiro no que tange à responsabilidade civil.

A seguir, houve com o Código Criminal de 1830, o início da segunda fase, começando a se delinear, com o instituto da *"satisfação"*, uma concepção do que seja ressarcimento. Sobre isso diz José de Aguiar Dias<sup>1</sup> que estas regras, atualmente, seriam, para os tribunais nacionais, *"orientação segura para apreciar os casos de responsabilidade civil"*.

Uma próxima fase, a terceira, tem início pela genialidade de Teixeira de Freitas, o qual não concordava que a responsabilidade civil estivesse ligada à responsabilidade criminal. Ele observava, em seus escritos, que o ressarcimento do prejuízo ocasionado pelo delito passava a ser abordado como competência da legislação civil. Isso ocorria, segundo ele, em consequência da Lei de 3 de dezembro de 1841 ter derogado o Código Criminal, tendo revogado-lhe o art. 31 e o § 5º do art. 269 do Código de Processo. Nessa mesma época, portanto, o instituto da responsabilidade civil se consolida como independente da responsabilidade criminal, passando, também, a se fundamentar no conceito de culpa, desenvolvendo-se a teoria da responsabilidade indireta, sendo admitida a presunção de culpa no dano causado por coisas inanimadas. Desenvolve-se, na mesma época, o princípio da responsabilidade dos funcionários públicos.

\* Médico Especialista em Gastroenterologia e Administração Hospitalar. Coronel Médico da reserva da Brigada Militar do RS. Bacharel em Ciências Jurídica. Trabalho de Conclusão do Curso de Direito da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Julho/2000. Trabalho classificado em 2º lugar no Concurso "Melhor Monografia Sobre Ética Médica", promovido pelo CRM/RS/2000.

Dessas idéias e do Código Civil da França o Código Civil Brasileiro de 1916 não deixou de sofrer influência em sua elaboração. Nele, a teoria da culpa ficou consagrada no art. 159<sup>2</sup>, mesmo que tenha estabelecido casos específicos de responsabilidade sem culpa.

### 1.3 Conceito

O conceito de responsabilidade civil é bastante debatido na atualidade. Mas algo pode ser afirmado com certeza, usando as palavras de Pontes de Miranda<sup>3</sup>: *"Quando fazemos o que não temos o direito de fazer, certo é que cometemos ato lesivo, pois que diminuímos, contra a vontade de alguém, o ativo dos seus direitos, ou lhe elevamos o passivo das obrigações, o que é genericamente o mesmo"*. E diz mais, sobre isso, Pontes de Miranda<sup>4</sup>: *"O que se induz da observação dos fatos é que em todas as sociedades o que se tem por ofensa não deve ficar sem satisfação, sem ressarcimento"*.

Pode haver a responsabilidade tanto no plano jurídico como no plano moral. No plano jurídico, pode ocorrer a responsabilidade jurídica na área penal e na área civil. A responsabilidade jurídica vai emergir quando se der um prejuízo. A reação a esse prejuízo se dá na área penal ou na área civil, conforme o ofendido, titular do direito violado, seja a sociedade ou um indivíduo. No caso de ser a sociedade, a responsabilidade será penal; caso seja um indivíduo, o ofendido, a responsabilidade será civil.

Eis, abordando o tema, a visão de Pontes de Miranda<sup>5</sup>:

*"Há fatos que são, no direito penal, delitos, sem o serem no direito civil. Exemplo: a tentativa de assassínio, que constitui crime, mas a que falta o elemento dano para compor a figura do delito civil. Em geral, as contravenções de polícia. A lei civil, a que incumbe restaurar, individualmente (segundo o sistema de direito até agora adotado em linhas gerais, que é o do individualismo jurídico), as situações jurídicas é, pois, reparar danos, somente se preocupa com os danos que se realizaram, com o que efetivamente sucedeu. Não assim o direito penal, a que interessa o próprio dano possível, pois à sua missão social deve caber a vigilância da ordem social"*.

Em seu livro "Responsabilidade Civil dos Médicos", Jerônimo Romanello Neto<sup>6</sup> diz:

*"A reparação civil serve, e deve servir para reintegrar o prejudicado na sua situação patrimonial anterior, em razão do prejuízo experimentado. A reparação penal restitui a ordem social ao estado anterior do ilícito praticado. A responsabilidade civil tende à reparação, a responsabilidade penal tende à punição"*.

O dever jurídico da responsabilidade pode basear-se em contrato, fato ou omissão, advindo, assim, tanto da convenção como da norma jurídica. Pode, pois, a responsabilidade civil, singelamente, definir-se como a obrigação de reparar o prejuízo causado a alguém. A responsabilidade civil visa à reparação amparada no princípio *naeminem laedere*. É didática a explicação de Maria Helena Diniz<sup>7</sup>:

*"O vocábulo 'responsabilidade' é oriundo do verbo latino respondere, designando o fato de ter alguém se constituído garantidor de algo. Tal termo contém, portanto, a raiz latina spondeo, fórmula pela qual se vinculava, no direito romano, o devedor dos contratos verbais"*.

Pode-se complementar com o ensinamento de Irineu Antônio Pedrotti<sup>8</sup>:

*"Na acepção jurídica responsabilidade corresponde ao dever de responder (do latim respondere) pelos atos próprios e de terceiros, sob proteção legal, e de reparar os danos que forem causados"*.

Isso exposto muito ajuda no entendimento e conceituação do que é a responsabilidade civil. A mesma Maria Helena Diniz<sup>9</sup> define:

*"A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou de simples imposição legal"*.



Portanto, havendo um dano, prejuízo, há de ser responsabilizado o causador do mesmo, para que indenize o lesado. Assim, se, por um lado, encontra dificuldade a doutrina para conceituar responsabilidade civil, por outro lado é fácil o entendimento das conseqüências práticas que a mesma faz surgir nas relações sociais. Surge para a pessoa física e jurídica o dever de reparar os danos que causar a outrem.

Bastante felizes foram Antônio Ferreira Couto Filho e Alex Pereira de Souza<sup>10</sup> que, em seu livro, ao abordarem o conceito de responsabilidade civil, dizem: “*Em estreita síntese, a responsabilidade civil é o fenômeno jurídico que tem o seu nascimento sempre que houver violação de um dever jurídico preexistente, e dessa violação resultar um certo dano a outrem*”.

Não se pode, ao falar de responsabilidade civil, deixar de mencionar que René Savatier<sup>11</sup> considera-a como a obrigação que se impõe a certa pessoa de reparar o dano que porventura cause a outrem, por um fato próprio, por fato de outras pessoas ou coisas que lhe sejam dependentes.

#### 1.4 Considerações Gerais

Nos diversos ordenamentos jurídicos, em nível internacional, não é homogênea a postura frente à responsabilidade civil. Antônio Lindbergh C. Montenegro<sup>12</sup> em sua obra de responsabilidade civil alerta que:

“No estágio atual do direito a responsabilidade civil apresenta tendências diversas de acordo com o desenvolvimento cultural e social dos povos. Nos países do primeiro mundo, assim considerados aqueles de economia forte, verifica-se o fenômeno da diminuição do campo da responsabilidade, com o conseqüente agigantamento de órgãos coletivos de reparação e dos seguros sociais e voluntários. Nos países decadentes, ao contrário, dilata-se a área da responsabilidade civil, mercê de uma legislação demagógica e eleitoreira que, a despeito de proteger as vítimas, entrava o desenvolvimento empresarial, principalmente da pequena empresa”.

Hans Kelsen<sup>13</sup> ajuda a entender responsabilidade civil dizendo que o indivíduo é obrigado a não causar a outrem qualquer prejuízo com sua conduta mas, no caso de, com essa causar a outrem um dano, tem que indenizar esse prejuízo. Na sua concepção, há dois deveres: como um dever principal – não causar prejuízo e como dever subsidiário – ressarcir os prejuízos causados. Portanto, o dever de ressarcir prejuízos não é uma sanção, mas toma o lugar do dever principal violado, o de não causar prejuízo a outrem. A indenização compulsória do dano surgirá quando o dever de ressarcir-lo espontaneamente não for cumprido, sendo imposta, como sanção, através do órgão aplicador do Direito.

Diz o Código Civil Brasileiro, em seu artigo 1518, que o causador do dano – ofensa ou violação de direito alheio – responde com os seus bens pela reparação do prejuízo causado.

É também nele que vem inserta, em seu artigo 159, a noção de responsabilidade civil adotada em nosso ordenamento: “*Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.*”

Filiou-se, pois o Código Civil à teoria de que a responsabilidade civil surgirá a partir da constatação de culpa, atingindo a todos que de uma maneira ou outra estejam vinculados ao prejuízo – dano causado. Admite o Código Civil a responsabilidade sem culpa apenas em questões restritas, raras e especialíssimas.

A avaliação da responsabilidade, bem como a verificação da culpa, são reguladas pelo estatuído no Código Civil Brasileiro, nos artigos 1.518 a 1532 e 1.537 a 1.553.

A obrigação de indenizar surgirá no momento da ocorrência de três pressupostos:

1 – do dano – prejuízo;

2 – o ato ilícito, ou o risco – dependendo da lei exigir ou não a culpa do agente;

3 – o nexo causal entre os dois pressupostos anteriores.

Outro artigo de relevância do Código Civil pátrio é o de número 1056 (*“Não cumprindo a obrigação, ou deixando de cumpri-la pelo modo e no tempo devidos, responde o devedor por perdas e danos”*) no regramento dos efeitos da responsabilidade civil.

O fundamento principal da responsabilidade civil está na culpa. Essa, no entanto, tem se mostrado insuficiente para cobrir toda a variedade de prejuízos indenizáveis. Atualmente, os juristas estão convencidos de que a responsabilidade civil construída sobre o conceito de culpa já não satisfaz. Como bem nota Caio Mário da Silva Pereira<sup>14</sup>:

*“Numa já previsível reforma legislativa, é de antever entre nós que além do ressarcimento fundado no procedimento antijurídico do agente, a ordem jurídica assentará os lineamentos de uma doutrina que comporte hipótese várias de responsabilidade a que é estranha a culpa do agente. E, na verdade, o Projeto do Código de Obrigações consignou duplo fundamento ao princípio da responsabilidade: a culpa, o risco objetivamente considerados. O Projeto de Código Civil de 1975, aprovado pela Câmara dos Deputados em 1984, abrigou a solução que preconizamos”.*

### 1.5 Teoria Subjetiva da Responsabilidade Civil

Nesta teoria a responsabilidade civil está embasada, em todos os casos, na presença certa de culpa por parte do agente do ato que causou o dano. Chama-se de subjetiva em virtude de estar caracterizada na pessoa um aspecto volitivo interno, ou, pelo menos, revelar-se, mesmo de uma maneira tênue, uma conduta antijurídica. O agente do prejuízo quer o resultado danoso ou assume o risco de que ele ocorra, ou ainda atua com imprudência, negligência ou imperícia. Ocorreria, no primeiro caso, dolo e no segundo caso, culpa. A legislação admite-os, na prática, como equivalentes, com o nome comum de culpa.

A conduta do agente responsável pelo dano estaria sempre viciada pela culpa. Está, assim, esse agente obrigado a ressarcir o prejuízo quando seus atos ou fatos sejam lesivos a direito ou interesse alheio, desde que possa ser considerado culposo – com culpa - o seu modo de agir.

Como ensina Oscar Ivan Prux<sup>15</sup>:

*“A importância da culpa vem desde tempos remotos, sendo amparada na noção de que ninguém deve ser punido se não demonstrado que quis o dano (caso de dolo) ou que, por sua ação omissiva ou comissiva, deu ensejo a ele”.*

A teoria subjetiva fundamenta a responsabilidade, pois, na culpa que, uma vez provada, ou em certos casos presumida, dá ensejo a uma indenização, encontrando respaldo, especialmente, no art. 159 do Código Civil Brasileiro. A essa teoria filiou-se o Código Civil pátrio. Por esse motivo, a princípio, a responsabilidade civil surgirá da comprovação de culpa, incidindo em todos aqueles que, de um ou outro modo, estejam ligados ao prejuízo causado.

Sobre isso acentua Caio Mário da Silva Pereira<sup>16</sup>:

*“No desenvolvimento da noção genérica de responsabilidade civil, em todos os tempos, sobressai o dever de reparar o dano causado. Vige, ao propósito, pacificidade exemplar. Onde surge a divergência, originando as correntes que dividem os autores, é na fundamentação do dever ressarcitório, dando lugar à teoria da culpa ou responsabilidade subjetiva.*

A essência da responsabilidade subjetiva vai assentar, fundamentalmente, na pesquisa ou indagação de como o comportamento contribui para o prejuízo sofrido pela vítima. Assim procedendo, não considera apto a gerar o efeito ressarcitório um fato humano

qualquer. Somente será gerador daquele efeito uma determinada conduta, que a ordem jurídica reveste de certos requisitos ou de certas características.

Assim considerando, a teoria da responsabilidade subjetiva erige em pressuposto da obrigação de indenizar, ou de reparar o dano, o comportamento culposo do agente, ou simplesmente a sua culpa, abrangendo no seu contexto a culpa propriamente dita e o dolo do agente”.

A culpa em um dado episódio danoso pode ser do lesante, do lesado, ou de ambos – lesante e lesado. Se houve uma parcela de culpa de cada um na ocorrência do prejuízo, pela teoria subjetiva aplicada ao caso, será atribuído proporcionalmente o ônus da recomposição, na medida exata da contribuição de cada um no resultado final danoso.

## 1.6 Teoria Objetiva da Responsabilidade Civil

A existência fática do dano, sem indagar a existência de culpa, como acontece na teoria subjetiva, é a característica da responsabilidade objetiva. Ou seja, não é necessária a presença da culpa a estabelecer o nexo causal entre a conduta do agente e o prejuízo por ele causado. O agente responsável por um ato lesivo, que colocar em risco algum bem jurídico de outrem, através desse ato, será, pois, considerado o elemento gerador de um dever de indenizar o dano que, porventura, causar ao lesado. Torna-se necessário, apenas, um nexo causal entre o ato do agente e o dano causado ao lesado. Em essência essa teoria está vinculada à idéia do risco – quem provoca uma lesão ao valor alheio é, *ipso facto*, responsável pelo ressarcimento do lesado. Essa obrigação pela recomposição do prejuízo independe da verificação – comprovação – de culpa na conduta do agente lesante. A culpa é presumida pela legislação ou simplesmente é dispensada a sua comprovação. É suficiente ter ocorrido o dano e sua associação à conduta que o causou, para haver a responsabilidade. Portanto, a responsabilidade objetiva se caracteriza por ser independente da presença de culpa, no agir do que ocasionou a lesão, mas não prescinde da presença dos demais elementos da responsabilidade civil. Tem que haver nexo causal adequado entre a atividade do que causou o dano e a lesão. Essa teoria é conhecida como responsabilidade sem culpa. No Código Civil nacional, a excepcionalidade da presença da teoria objetiva é evidente. Como exemplo típico aparece a responsabilidade que cabe aos patrões e comitentes em caso de atos praticados por seus empregados e prepostos, que está expressa no Código Civil, em seu artigo 1521, inciso III: “São também responsáveis pela reparação civil: III – o patrão, amo ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou por ocasião dele (art. 1.522);”.

Sobre isso é conveniente transcrever o que dizem Antônio Ferreira Couto Filho e Alex Pereira Souza<sup>17</sup>:

“Importantíssimo que se tenha em mente, portanto, que a responsabilidade objetiva coexiste com a subjetiva, e que, não obstante a responsabilidade com culpa subsistir como regra geral, a responsabilidade objetiva vem crescendo no seio da sociedade moderna, em vários países do mundo, sendo que no ordenamento pátrio, encontra-se prevista em várias legislações especiais”.

Enfim, vale mencionar, também, o que, sobre a responsabilidade objetiva, diz Antônio Lindbergh Montenegro<sup>18</sup>: “Na segunda hipótese, a responsabilidade (objetiva) se assenta na implantação de um determinado risco da coisa ou da empresa, em razão de um prejuízo injusto causado a outrem”.

Por isso, a responsabilidade objetiva também é denominada responsabilidade pelo risco (teoria do risco). Sobre a teoria objetiva da responsabilidade civil, conclui-se com o didático – e sistemático – esclarecimento do mesmo Antonio Lindbergh Montenegro<sup>19</sup>:

“Há também os que preferem estabelecer distinção entre responsabilidade objetiva, responsabilidade pelo risco, responsabilidade sem culpa.

Na responsabilidade objetiva o fundamento da indenização decorreria da existência de um evento lesivo ligado ao agente por um nexo de causalidade.

A responsabilidade pelo risco teria o seu suporte em um risco específico, de perigo geral, produzido pela atividade do homem, de tal sorte que incidiriam a em seu campo de ação tão somente os riscos imprevisíveis ou excepcionais.

Para minimizar questões mais de ordem bizantina do que técnico-jurídica, a doutrina passou a empregar o termo responsabilidade sem culpa para abarcar todas as hipóteses que escapassem da órbita da responsabilidade subjetiva”.

## **1.7 Considerações Finais**

O que se nota, em momentos distintos, no Brasil, é que houve uma modificação gradativa, ficando a responsabilidade civil, progressivamente, bem individualizada, indo de uma indefinição quanto a sua autonomia dentro do ordenamento jurídico nacional para uma posição isolada da responsabilidade penal. E, sempre espelhando-se, bastante, na responsabilidade civil, como encarada no sistema jurídico francês, definiu-se bem a distinção entre responsabilidade civil subjetiva e objetiva. No Código brasileiro instalou-se, regra geral, a responsabilidade subjetiva – pela culpa - mas havendo legislações especiais com uso, na responsabilização do agente, da responsabilidade objetiva. Um bom exemplo é o Código de Defesa do Consumidor, que admite a responsabilização subjetiva, exigindo a averiguação da culpa dos profissionais liberais, vigendo, integralmente, porém, em relação aos demais fornecedores de produtos e serviços a responsabilidade objetiva nas relações de consumo.

## **2 RESPONSABILIDADE CIVIL NO ERRO MÉDICO**

### **2.1 Introdução**

A abordagem do tema erro médico, visando a uma sistematização no raciocínio se dará partindo do geral, antecedido por um breve histórico do erro médico, ou seja, expondo inicialmente como se caracteriza, conceitualmente, dentro dos conceitos jurídicos, a existência de conduta irregular do médico que faz nascer o dever de indenizar ao paciente que sofrer prejuízo. A necessidade da presença de culpa, no proceder do profissional médico, será objeto de avaliação.

Após, serão analisadas as características negociais da relação médico-paciente, através da demonstração dos aspectos contratuais e extracontratuais, porventura existentes nesta relação jurídica.

Devido às peculiaridades do trabalho médico abordam-se também suas ligações com terceiros e coisas, nos aspectos de responsabilidade civil, face ao ordenamento jurídico.

Por fim, serão alvo de análise aspectos da liquidação do dano no erro médico.

### **2.2 Histórico do Erro Médico**

É lícito, por esclarecedor, iniciar-se pelo que dizem Delton Croce e Delton Croce Júnior<sup>20</sup>:

“É assaz difícil convictamente falar que, nos primórdios da humanidade, no que pertine ao castigo da imprudência médica, existiam preceitos que regulavam de modo específico o dano, a lesão e o homicídio culposo, como forma de vingança privada, primitiva, selvagem, de reação contra o prejuízo sofrido, pois dominava então o materialismo no Direito, com a proclamação do princípio geral do castigo como consequência imediata do dano”.

Também são os mesmos autores que dizem que, em seguida, começaram os povos da antigüidade a elaborar legislação que regresse a conduta profissional da atividade

médica. Assim, o Código de Hamurabi (1686 – 1750 a.C.) –elaborado pelo rei da Babilônia – em cujo art. 218 está a lei do Talião e que tem alguns de seus elementos reproduzidos na Lei das Doze Tábuas (adotada em Roma por volta de 425 a.C.) – que previa penas severas como amputação das mãos, entre outras, aos cirurgiões que não tivessem sucesso nos seus procedimentos. Igualmente, tinham os cirurgiões punição prevista no Código de Ur-Nammu (2111 – 2084 a.C.) – em seu artigo 625 referia-se à responsabilidade do médico - no Código de Manu, no Cho-King dos chineses, na Lei de Zoroastro, sendo econômica a penalização. O Talmude implantou a multa, prisão e imposição de castigos físicos. No Egito, ao lado da elevada posição que desfrutavam, os médicos tinham um livro com regras estabelecidas para seu exercício profissional. Se não as observassem eram punidos com a morte. A Lei Aquilia, entre os romanos obrigava o médico a indenizar se um escravo morria sob seus cuidados; também o médico que agisse com imperícia ou negligência era exilado ou deportado. Persistiram na Idade Média as pesadas sanções aos médicos. No início do século XIX, o Código Civil Francês introduziu a regulamentação dos atos humanos prejudiciais a outrem. A obrigação de indenizar passou a ser consequência de qualquer ato humano, quando causasse dano e, por analogia, os médicos passaram a ser incriminados por sua imprudência ou negligência. Em 1829, a Academia de Paris proclamou a exclusiva responsabilidade moral e não econômica, quase extinguindo a necessidade do médico indenizar os seus erros – salvo erro grosseiro e inescusável. Isso não durou muito e em 20 de maio de 1836, na França, a jurisprudência sobre responsabilidade médica tornou-se palpável através do aresto de André Marie Jean-Jacques Dupin, Procurador-Geral da Câmara Civil da Corte de Cassação de Paris, que estabeleceu bem a necessidade de se submeter à apreciação judicial a possibilidade do erro médico e afirmava: *“Cada profissão encerra em seu seio, homens dos quais ela se orgulha e outras que ela renega”*.

### **2.3 Teoria da Culpa no Erro Médico**

Tem-se que concordar com o que diz Hildegard Taggesell Giostri<sup>21</sup>, em seu livro *Erro Médico à Luz da Jurisprudência Comentada* pois, fora de dúvida, a responsabilidade no erro médico segue os mesmos ditames gerais da responsabilidade civil genérica, ou seja, é obrigação de quem, consciente e capaz, praticar uma conduta, de maneira livre, com intenção de fazê-lo ou com simples culpa, ressarcir obrigatoriamente os prejuízos decorrentes do seu ato.

Mas, em se tratando de responsabilidade civil no erro médico é indispensável uma prova inequívoca de que houve culpa no proceder do médico. É atribuição do paciente (autor, vítima) fazer prova de que o profissional médico laborou com culpa. Isso porque o Código Civil Brasileiro, em seu artigo 1545<sup>22</sup> (e art. 159 do mesmo Código), adotou a teoria subjetiva – teoria da culpa - que depende da presença de culpa no agir do agente causador do dano, no caso, o médico. Daí a definição de erro médico dada por Júlio Cezar Meirelles Gomes e Genival Veloso França em sua obra *“Erro Médico”*<sup>23</sup>:

*“Erro Médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência”*.

A imperícia, a imprudência ou a negligência, estando presentes em um ato médico que cause dano a um paciente, caracterizam a presença de culpa. Mas essa culpa tem que ser provada pelo paciente, é seu o ônus da prova. Como diz Miguel Kfoury Neto<sup>24</sup>: *“Segundo a teoria subjetiva, esposada pelo nosso Código Civil especialmente em seus arts. 159 e 1.545, à vítima incumbe provar o dolo ou culpa stricto sensu do agente, para obter a reparação do dano”*. Sobre isso, é conveniente acrescentar o que diz A. Siqueira Montalvão<sup>25</sup>: *“Para a caracterização da culpa médica, basta a simples voluntariedade de conduta, sendo portanto a intenção desnecessária, pois, a culpa ainda que levíssima obriga*

a se indenizar". Mesmo que, em se tratando de vida humana, não se admita culpa "pequena ou levíssima", sem a prova desse elemento subjetivo da responsabilidade civil, a culpa, tudo há de ser debitado ao infortúnio.

Nesse sentido também comenta Vera Maria Jacob de Fradera<sup>26</sup>:

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

Em acórdão, do qual a ementa vai abaixo transcrita, evidencia-se a necessidade da demonstração, via de regra, da culpa na conduta do profissional em casos de erro médico:

**"RESPONSABILIDADE CIVIL. DANO ESTÉTICO. ERRO MÉDICO NÃO-CONFIGURADO.** O tratamento ministrado a paciente sendo o adequado à moléstia apresentada, submetido com as cautelas recomendadas e não havendo prova de ter o profissional da medicina se equivocado, por imprudência, negligência ou imperícia, ao ministrá-lo, não há como pretender a obrigação de indenizar, porque não configurado comportamento culposos que implique responsabilidade civil. Recurso improvido".<sup>27</sup>

Essa culpa, emergindo do artigo 1545 do Código Civil pátrio que abraçou a teoria da culpa, no que se refere a médicos, consiste num agir ou não agir consciente, voltado à busca de um resultado determinado (é um querer deliberadamente realizar certa conduta) ou quando a imprudência, imperícia ou negligência estiverem presentes nos atos desses profissionais. A negligência, do latim *neglegentia* (de *neglegera*) tem característica omissiva – é um ato de omissão aos deveres que um caso exigir – seria uma abstenção do comportamento indicado para aquela situação – um não agir (inação, inércia, indolência, preguiça psíquica); a imprudência, do latim *imprudencia*, tem característica comissiva – é um ato precipitado, intempestivo, irrefletido – seria um agir sem a cautela necessária no caso; a imperícia, do latim *imperitia* (de *imperitus*), se caracteriza por um agir sem conhecimentos técnicos suficientes ou com má aplicação dos conhecimentos que possuir – seria uma falta de maestria na profissão – é um agir incompetente, inábil. Uma dessas formas de culpa deve estar no agir do médico, em caso de erro, como diz o acórdão<sup>28</sup>: "Para efeito de responsabilização por erro médico, é cediço que a culpa, em uma de suas formas tradicionais, há que ficar devidamente comprovada".

Ensina Miguel Kfourí Neto<sup>29</sup>:

"Não é propriamente o erro de diagnóstico que incumbe ao juiz examinar, mas sim se o médico teve culpa no modo pelo qual procedeu ao diagnóstico, se recorreu ou não, a todos os meios a seu alcance para a investigação do mal, desde as preliminares auscultações até os exames radiológicos e laboratoriais – tão desenvolvidos em nossos dias, mas nem sempre ao alcance de todos os profissionais – bem como se à doença diagnosticada foram aplicados os remédios e tratamentos indicados pela ciência e pela prática".

É o que acontece no erro profissional, pois sendo o erro, intrínseco às insuficiências da profissão médica e às características do ser humano, como paciente, o erro existe e acontecerá. Nesse caso não pode a culpa pelo mesmo ser imputada ao médico. É escusável tal erro – e invencível. Há que se diferenciar entre um erro que resulte de algo imprevisível, tendo o médico, cômico de seus deveres, atuado com as precauções devidas, dentro do razoável para as circunstâncias, que pode-se chamar de erro honesto, daquele erro que vem acompanhado da culpa – erro culposos – resultando em lesão aos direitos do paciente, que teriam sido evitados com uma atitude profissional competente, ou seja, não caracterizada pelo agir com imprudência, negligência ou imperícia.

Compete ao juiz, pois, verificar se houve culpa e, sobre isso, é conveniente lembrar o que diz, em seu livro, Suzana Lisbôa Lumertz<sup>30</sup>: "Não é preciso que a culpa do médico seja

grave: basta que seja certa". Tem que haver certeza na presença de culpa, no agir do médico como, também, assevera o acórdão<sup>31</sup>: "A atribuição de responsabilidade e condenação por erro médico exige elementos objetivos e seguros e não meras possibilidades ou conjecturas de que males que surgem após a intervenção médica sejam frutos dessa intervenção".

Esse agir culposo do médico necessita do nexo causal, ou seja, deve ser o causador do dano ao paciente. Assim, tem-se os três pressupostos da responsabilidade civil, no caso, do médico, o ato lesivo (culposo), o dano e o nexo-causal. Esses, quando ocorrem juntos, geram a obrigação de indenizar. Na falta de um deles, no caso o nexo causal, não há porque haver indenização, como bem ilustra o acórdão em sua ementa:

**"APELAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A AÇÃO DO MÉDICO E O RESULTADO.** Ausente o nexo causal entre a ação e o resultado, resta afastada a responsabilidade civil do médico. Apelo desprovido".<sup>32</sup>

Também nesse sentido há o acórdão<sup>33</sup>: "Entendo, assim, não ter agido com culpa o demandado em qualquer de suas formas. O nexo causal está ausente".

A teoria da *res ipsa loquitur*, ou *in re ipsa* ou "de que a coisa fala por si mesma" é aplicada quando ocorre prejuízo, por fatos que não causariam dano, a não ser que o agente lesante tenha obrado com culpa (qualquer forma). Nesses casos o juiz – diante da evidência de erro médico (podendo até mesmo serem dispensados os peritos) – chega à ilação e admite a culpa do profissional, como uma evidência circunstancial, de que tal fato não teria acontecido sem a culpa do médico. Isso ocorre, por exemplo, em caso de morte do doente ou amputação de um membro. Há, assim, presunção de culpa contra o médico, conforme o seguinte acórdão:

**"APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE MÉDICA. OFTALMOLOGISTA. CIRURGIA ELETIVA DE CORREÇÃO DE MIOPIA. SUBSEQÜENTE PERDA DA VISÃO. APLICAÇÃO DA DOCTRINA DA CULPA IN RE IPSA. DANOS MATERIAIS E MORAIS.** Merece ser acolhida pretensão de indenização (por gastos médicos e de terapia psicológica) e de reparação (por dano moral) de quem submetendo-se a cirurgia de eleição, para correção de deficiência em um dos olhos, vem a obter, como resultado, a perda de visão. Ainda que se não flagre aí uma obrigação de resultado, inegavelmente dessa se aproxima a denominada cirurgia funcional, merecendo ser responsabilizado o médico que, por razões insuficientemente comprovadas, não só não logra êxito - que não lhe era exigido - mas termina por deixar o paciente em situação extremamente pior do que se encontrava antecedentemente, pois sem visão justamente no olho operado. Merece prestígio, em casos que tais, a doutrina da culpa in re ipsa, na medida em que o sistema de responsabilidade civil do médico é o da responsabilidade subjetiva (art. 1545 do Código Civil)".<sup>34</sup>

Também tem por objeto a avaliação da culpa a teoria da "perda de uma chance" (*perte d'une chance*)<sup>35</sup>. Admite-se, nessa teoria, que a culpa do médico tenha comprometido as possibilidades de viver do paciente ou a sua integridade. O juiz não precisa estar convencido de que o prejuízo – lesão – ao paciente foi causado por culpa do médico, pois, segundo essa teoria, é necessário apenas a dúvida de que isso aconteceu por culpa do médico. Há, assim, aqui também, presunção de culpa contra o médico. Os tribunais aceitam o nexo causal existente entre dano e culpa, pois ela se constitui no fato de não ter dado o médico todas as oportunidades ao paciente. O doente não teve todas as chances a que tinha direito de se recuperar. A referida teoria tem sua aplicação, em nossos Tribunais, bem demonstrada através da transcrição da ementa de acórdão que tem por relator conhecido jurista gaúcho:

**"Responsabilidade civil. Falha do atendimento hospitalar. Paciente portador de pneumonia bilateral. Tratamento domiciliar ao invés de hospitalar. Perda de uma chance.** É responsável pelos danos, patrimoniais e morais, derivados da morte do paciente, o hospital, por ato de médico de seu corpo clínico que, após ter diagnosticado pneumonia dupla, recomenda tratamento domiciliar ao paciente, ao invés de interná-lo, pois, deste modo,

privou-o da chance (*perte d'une chance*) de tratamento hospitalar, que talvez o tivesse salvo.  
2. *Apelação provida. voto vencido*".<sup>36</sup>

A teoria da culpa nem sempre é conveniente na abordagem do médico em sua atividade como profissional liberal, conforme nos explana Oscar Ivan Prux<sup>37</sup> :

"A teoria da culpa não é adequada para ser aplicada em todos os casos de responsabilidade civil de ordem pessoal dos profissionais liberais. Nas obrigações "de resultado", ela se revela inadequada e, nas agressões aos direitos dos consumidores que são perpetradas através de condutas e práticas de mercado (na oferta, na propaganda enganosa, na cobrança de dívidas, no uso de práticas e cláusulas abusivas, etc.) ela se revela além de inadequada, quase impertinente.

*Exemplo: por dispositivo expresso do Código de Defesa do Consumidor (art. 38), havendo publicidade/propaganda que seja enganosa, quem tem de provar a veracidade da mesma é o fornecedor, logo a teoria subjetiva fundada na demonstração antecipada da culpa por parte de quem acusa, revela-se, nesse caso, ser totalmente inadequada até impertinente*".

No Projeto atual de Código Civil Brasileiro, a teoria da culpa é mantida. Nota-se porém, a supressão do art. 1545 do Código Civil Brasileiro vigente,<sup>38</sup> tendo a responsabilidade civil no erro médico, nesse Projeto, seu regramento englobado na legislação geral da responsabilidade civil. Nele os artigos que tratam deste assunto são: arts. 929 a 945, que regem a obrigação de indenizar e os arts. 946 a 956, os quais tratam da indenização nos casos de responsabilidade civil. O Senado Federal, ao analisar o projeto, no parecer de nº 842, de 1997, esquematizou o tema da seguinte maneira: "Parte Especial Livro I - Do Direito das Obrigações, Capítulo I - Da Obrigação de Indenizar, arts. 926 a 942 e Capítulo II - Da Indenização, arts. 943 a 953".

Nota-se, pela leitura do Projeto, uma preocupação em aumentar a amplitude do conceito de dano - prejuízo - abrangendo também o dano moral. O vocábulo dano, etimologicamente, vem de *demere* que significa tirar, apoucar, diminuir. Assim, classicamente, seria como uma diminuição do patrimônio, tanto do ponto de vista material, como do ponto de vista moral.

Para satisfação do dano, na responsabilização do profissional médico na área civil, tem que ser feita prova da sua culpa. Mas há necessidade de lesão, pelo ato médico - nexo de causalidade - a um bem jurídico, contrariando assim o princípio: *neminem laedere*. As provas têm a função de fazer emergir esse liame. Tem que haver relação de causa e efeito entre o agir do médico e o dano verificado. Pelo Código Civil pátrio, somente os danos diretos e efetivos são passíveis de serem ressarcidos pelo causador do *damnum*. É necessária uma conduta com culpa em sentido estrito - e a previsibilidade (evitabilidade do procedimento antijurídico) constitui o ponto nuclear da culpa - sendo com esse proceder violada uma norma com um conseqüente resultado lesivo. Não havendo *damnum*, não haverá lugar para configuração de delito, salvo se a conduta do médico, por si só, já é prevista como fato punível. Caso contrário, para se configurar o delito precisa acontecer a transgressão ao dever de, na vida de relação, evitar danos a interesses e bens alheios. O agir com imperícia, imprudência ou negligência é a ação delituosa que a norma proíbe no caso de erro médico.

Há necessidade de ressarcimento de dois tipos de dano: a saber, o patrimonial e o moral. O Código Civil vigente refere-se às perdas e danos que nada mais são que os prejuízos decorrentes, para o paciente, do erro médico. A palavra dano tem significação ampla no Código Civil Pátrio atual, abrangendo tanto os danos materiais (lesão aos direitos reais e pessoais), como os danos morais (direitos da personalidade e da família). Nesses está incluído, como espécie, o dano estético<sup>39</sup>. Se qualquer desses danos ocorre, por erro médico, há necessidade de averiguar-se qual a repercussão econômica negativa que causaram ao paciente



– vítima do erro médico. Sendo o dano material (incluindo o dano emergente<sup>40</sup> e os lucros cessantes<sup>41</sup>), será indenizável pelo valor da detrimência no patrimônio do paciente. Sobre os lucros cessantes, diz Jurandir Sebastião<sup>42</sup>: “*Perspectivas de ganho futuro ou lucro potencial, hipotético e aleatório, não são contempladas*”.

O dano moral ficou, a partir da Constituição Federal de 1988, admitido explicitamente no art. 5º, inciso X<sup>43</sup>, e será o valor da indenização determinado em juízo. Ensina-nos José de Aguiar Dias<sup>44</sup>: “*Ora, o dano moral é o efeito não patrimonial da lesão de direito e não a própria lesão, abstratamente considerada*”. É conclusivo o que diz Miguel Kfoury Neto<sup>45</sup>: “*O dano moral puro gera obrigação de reparar à luz do art. 159, do C.C., que não distingue entre direitos patrimoniais e não patrimoniais*”.

Excluem a responsabilidade do médico o caso fortuito e a força maior, a interferência de terceiros, agindo com dolo ou culpa e não estando subordinados ao médico e a conduta com culpa do paciente, alterando assim, essas situações citadas, a relação de causalidade. Se houver culpa exclusiva do paciente a relação de responsabilidade, envolvendo o médico, desaparece.

Em caso de culpa concorrente – médico e paciente – não vai haver exclusão da responsabilidade, mas cada uma das partes, envolvidas no atendimento médico, vai responder por uma parcela da culpa que lhe couber. A responsabilidade vai ser bipartida entre o profissional médico e seu cliente. Nesse caso, o dever de indenizar, por parte do médico, pode diminuir, se o paciente contribuiu para a produção do evento danoso. Isso pode acontecer, por exemplo, no caso de o paciente não seguir as orientações médicas ou omitir ao médico informações importantes. O concurso de culpas caracteriza uma concorrência de responsabilidades que justificam uma diminuição do valor da indenização – princípio da indenização proporcional nos casos de responsabilidade concorrente. Não consta no atual Código Civil, mas o Projeto do Código Civil, que tramita no Congresso, explicitou o princípio em seu artigo 947: “*Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada, tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano*”. Esse princípio se explica pela análise através da teoria da causalidade adequada<sup>46</sup>, ou seja, o que é levado em consideração é o grau de causalidade bilateral – cada um é responsabilizado apenas pelo parcela do *damnum* da qual foi o causador. Por ter força jurídica, por lógico e justo, a aplicação desse princípio da indenização proporcional, mesmo ausente no atual direito positivo brasileiro, tem aplicabilidade na prática judiciária. Portanto, a conduta do paciente é considerada na avaliação da culpa, como afirma o acórdão<sup>47</sup>: “*Por óbvio tudo pode ser afastado ao longo do feito, posto que vários fatores haverão de ser examinados, desde a conduta dos agravados como também a cooperação positiva ou negativa da paciente para sua recuperação*”.

Exoneram, também, o médico, da responsabilidade civil, em caso de dano ao paciente, a força maior ou o caso fortuito. A força maior considera-se um fato natural, superior às forças humanas, não sendo possível ao ser humano evitar sua ação e consequências, apesar de identificada e previsível. Não se resiste a ele mesmo que se queira. Portanto, a força maior se caracteriza por ser um evento externo à relação médico-paciente, ao contrário do caso fortuito, em que a característica é haver um acontecimento inerente à pessoa humana. Por isso, Rogério Marrone de Castro Sampaio<sup>48</sup> chama a força maior de *fortuito externo*. Ao caso fortuito ele chama de *fortuito interno*. O caso fortuito é aquele fato que decorre da conduta humana, tendo como característica não poder ser previsto e evitado pelos participantes da relação médico-paciente. Assim, independe a sua ocorrência tanto do médico, como do paciente. É obra do acaso – não esperado na conjuntura do que está ocorrendo em um determinado momento. Não há, em qualquer instante, a atuação culposa do profissional médico, tanto no caso fortuito, como na força maior. Ambos, caso fortuito e força maior causam a mesma ação de liberar o médico do

cumprimento da obrigação contratual. Há exoneração da responsabilidade civil do médico se a lesão ao paciente é decorrente de caso fortuito ou força maior. O Código Civil Brasileiro incluiu ambos em seu art. 1058<sup>49</sup> pois, mesmo diferentes, suas conseqüências, seus aspectos práticos são os mesmos.

Há independência entre as responsabilidades civil e penal, é o que se depreende da abordagem que faz Fabrício Zamprogna Matielo<sup>50</sup> das repercussões da sentença penal na área cível. Mas, a culpa estando juridicamente determinada, advindo daí uma condenação em termos penais, há efeitos na área cível, tanto em uma ação por erro médico, como em qualquer outra causa de responsabilização civil por dano a outrem. Semelhante é a natureza jurídica da repercussão penal na área cível, quer se trate de erro médico ou ação de responsabilidade civil em geral. O art. 1525 do Código Civil assim dispõe sobre essa repercussão: "A responsabilidade civil é independente da criminal; não se poderá, porém, questionar mais sobre a existência do fato, ou quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no crime". No caso de uma decisão penal condenatória, transitada em julgado, esta será utilizada na área cível como um título executivo, ou seja, há dispensa da instauração de processo de conhecimento para decidir sobre a matéria, já que o mesmo se fez na área penal. Tem o paciente, com a sentença condenatória na área criminal, em suas mãos, um título executivo judicial (art. 584 do Código de Processo Civil, em seu inciso II<sup>51</sup>). Cabe a execução desse, através do competente processo, para ser ressarcido dos danos que sofreu com o erro médico.

Caso a sentença penal for absolutória (dispõe sobre isso o art. 386 do Código de Processo Penal, em seus incisos de I a VI<sup>52</sup>) por insuficiência de provas, cabe a devida ação cível por parte do paciente. Pode, através de um processo de conhecimento, demonstrar no juízo cível a validade da sua pretensão de ressarcimento por danos decorrentes de erro médico. Compete ao paciente provar a existência do fato, que lhe causou dano, e a culpa do médico em demanda no juízo cível. Nesse sentido, expõe-se a ementa de acórdão: "Responsabilidade civil. Erro médico. Absolvição criminal. Desimporta, aos efeitos da perquirição da responsabilidade civil, que tenha sido o agente absolvido na esfera penal, especialmente se o foi com fundamento no inciso VI do art. 386 do CPP (insuficiência de provas). Danos materiais e lucros cessantes".<sup>53</sup>

Na hipótese de sentença absolutória por comprovada inexistência do fato alegado pelo paciente, torna-se inviável juridicamente qualquer demanda cível. A coisa julgada, nesse caso, impede a pretensão, em termos de responsabilidade civil, conforme disposto na segunda parte do art. 1525 do Código Civil. Se for o caso de absolvição, por falta de prova conclusiva de que tenha acontecido o fato, aberto está o caminho para a lide jurídica. Na área cível caberá a demanda por ressarcimento, por parte do paciente. Caberá ao autor da ação fazer as provas da existência do fato.

Na eventualidade da ação penal concluir que o fato atribuído ao médico não se constitui num crime, danos porventura atribuídos, pelo paciente, como de autoria do médico, podem ter sua indenização reivindicada na área do juízo cível.

É válido citar, por ilustrativo, os casos de absolvição do médico por crime impossível (em que o paciente que sofreu danos pode, assim mesmo, pleitear ressarcimento na área cível), de falta de previsão daquela conduta do médico no Código Penal (o paciente também terá, sempre, o juízo cível como possibilidade para se recompor do prejuízo sofrido), de exclusão do dolo na conduta do médico (há possibilidade de ressarcimento no juízo cível), de presença de discriminantes putativas (também pode ser instaurada a devida ação civil de responsabilização civil) e de coação irresistível ou ordem hierárquica (o responsável pelo ressarcimento é o autor da ordem ou o responsável pela coação).

O prazo prescricional para ingressar com uma ação de indenização pelos danos sofridos por parte do paciente é regulado pelo art. 177 do Código Civil pátrio, que

estabelece ser vintenária a prescrição. O prazo passa a ser contado da constatação do dano. Sobre isso manifesta-se José de Aguiar Dias<sup>54</sup>:

*"A duração do prazo prescricional da ação de reparação do dano é objeto de severas críticas por parte de muitos juristas, que censuram no legislador conservar, em face do ritmo da vida moderna, critério cabível nos remotos tempos em que as comunicações se resumiam na precariedade e na lentidão das viagens a cavalo".*

## **2.4 Natureza Contratual da Relação Médico-Paciente**

A respeito da natureza contratual da relação médico-paciente, diz Fabrício Zamprogna Matielo<sup>55</sup> em sua obra *Responsabilidade Civil do Médico*:

*"Durante longo período houve intensa discussão em torno da natureza jurídica da relação médico/paciente. Isso ocorreu porque o legislador inseriu o erro médico entre os atos que ensejariam indenização tendo em vista a sua ilicitude, e não como derivação da simples inobservância ou descumprimento de obrigação previamente assumida".*

Discussão que não mais existe, como nos ensina Rene Savatier<sup>56</sup>, em tradução do autor:

*"Entre o médico e o paciente estabelece-se um contrato. Do conteúdo desse contrato, depende a responsabilidade de um frente ao outro; se apresenta portanto como uma responsabilidade contratual. Após muito tempo decidindo o contrário, a Corte de cassação reconheceu esse princípio. E os tribunais e cortes de apelação são também unânimes em confirmá-lo"<sup>57</sup>.*

Como também afirma Miguel Kfoury Neto<sup>58</sup>: *"Apesar de o Código Civil Brasileiro colocar a responsabilidade médica entre os atos ilícitos, não mais entende controvérsias caracterizar-se a responsabilidade médica como ex contractu".*

Já em 1991, dizia o mesmo Reynaldo Andrade da Silveira<sup>59</sup>:

*"Primeiramente, impõe-se situar a responsabilidade civil do médico, como do tipo de responsabilidade contratual. Muito já se discutiu na doutrina, com reflexos na jurisprudência dos tribunais, sobre a responsabilidade do profissional da medicina seria contratual ou extracontratual. Hoje já não mais paira dúvidas a respeito dessa responsabilidade".*

Pensa assim, também, Pontes de Miranda<sup>60</sup>: *"A responsabilidade dos médicos e cirurgiões é contratual".*

De grande aplicação no sistema jurídico brasileiro, no que tange à atividade do médico, é importante observar no direito português, o que diz Carlos Ferreira de Almeida<sup>61</sup>:

*"As chamadas 'marcações' de consultas e de análises, feitas pessoalmente ou pelo telefone, pelo doente ou por seu representante perante empregado do médico ou da clínica, envolvem portanto celebração de um contrato que, ficando desde logo concluído, obriga ambas as partes. O médico que não compareça no dia e hora marcados (com oscilações aceitáveis de harmonia com os ditames da boa-fé) ou que 'adie' a consulta incumpe esse contrato. O doente que não compareça ao exame ou consulta marcados coloca-se igualmente em situação de incumprimento".*

Isso é bem complementado pelo que se transcreve de acórdão<sup>62</sup>:

*"Desinteressa saber se o paciente teve contato ou não com o médico. No momento em que o médico assumiu o mister de fazer a cirurgia, há um contrato implícito com outras pessoas, ele assumiu o dever de empregar todo o seu conhecimento e o mínimo de cuidados que um cirurgião que se preza deve ter".*

Tanto contrato é, que aceita transação entre as partes, como diz o acórdão<sup>63</sup>:

*"Ou seja, as partes envolvidas na relação jurídica médico-paciente resolveram transacionar e resolver a questão que estava a surgir, e que poderia terminar em conflito*

judicial, mediante recíprocas concessões, nos precisos termos do art. 1025<sup>64</sup> do Código Civil. Ou seja, realizaram um ato jurídico, fazendo-se concessões mútuas, objetivando evitar o surgimento de litígio, ante as obrigações recíprocas decorrentes do contrato de prestação de serviços médicos”.

Resta saber que tipo de contrato. É o mesmo Miguel Kfoury Neto<sup>65</sup> quem afirma não haver doutrinariamente consenso quanto ao tipo de contrato que se estabelece entre médico e paciente, já que as mais destacadas tendências preconizam ser similar esse contrato a um mandato, contrato de empreitada, de locação de serviços, contrato inominado ou um contrato multiforme.

Encontram-se, nesse contrato, características como: ser *intuitu personae*, bilateral, oneroso ou gratuito, comutativo, aleatório e de caráter civil. Evidencia-se como um contrato principal, tendo na sua constituição contratos acessórios.

A reflexão de Fabrício Zamprogna Matielo<sup>66</sup> traz significativa contribuição ao entendimento dessa relação contratual:

“Essa espécie de contratação não encontra espaço particular na legislação nacional ou como previsão consagrada pela autonomia, sendo, então, figura atípica, inominada, mas nem por isso com menor tutela jurídica. Para vigorar não necessita de forma especial, nem de definição exata quanto ao objeto em suas minúcias, tampouco preço e condições de pagamento. A forma, como visto, é absolutamente livre, sendo suficiente que se prove a existência do liame das partes entre si, o que gerará os direitos e as obrigações pertinentes. Por objeto do contrato não se deve entender uma cirurgia, ou a ministração deste ou daquele medicamento, mas a atividade médica globalmente considerada, isto é, a aplicação zelosa de todos os meios que se fizerem necessários e estiverem razoavelmente disponíveis”.

Para melhor entendimento, Hildegard Taggeselli Giostri<sup>67</sup>, em seu livro “Erro Médico – À Luz da Jurisprudência Comentada”, reporta à classificação das obrigações proposta nos anos vinte, pelo jurista francês René Demogue que, considerando o objeto e o conteúdo dessas obrigações, classificou-as em duas categorias: obrigação de meios e obrigação de resultado. Na primeira, o contratado se obriga a utilizar os meios adequados para alcançar um resultado – o comportamento do profissional, tecnicamente falando, o agir propriamente dito, é que é englobado na relação jurídica - cumprindo com a obrigação aquele que se obrigou se, na relação profissional que se processou, comportou-se de maneira adequada, compatível com o que foi contratado. Na segunda, o compromisso é de realizar um determinado ato médico para obter um resultado preciso. Nessa relação, dentro da relação jurídica, se encontra o resultado, sendo esse devido pelo obrigado ao que o contratou, podendo esse resultado ser uma coisa ou não. A classificação de Demogue permite determinar quem tem o ônus da prova. Se for obrigação de meios, o ônus pertence ao paciente. Caso seja obrigação de resultado, vai ocorrer a inversão do ônus da prova, cabendo o mesmo ao médico.

O médico no referido contrato, assume uma obrigação de meios e não obrigação de resultado, ou seja, o médico não se obriga a curar, mas a atuar em conformidade com as regras e os métodos da profissão. Deve, por conseguinte, envidar todos os esforços para alcançar a cura, mesmo que não a consiga. Uma prova de erro diagnóstico não pressupõe culpa no agir do médico ao atender o paciente. É a sua própria atuação o objeto do contrato, como bem descreve Marco Fridolin Sommer Santos<sup>68</sup>:

“A não-obtenção do diagnóstico correto apenas demonstra que o resultado esperado não foi alcançado. Mas se o profissional, na busca do diagnóstico utilizou-se corretamente de todos os meios que o estado da técnica e as condições de trabalho lhe proporcionam, não há que se falar em culpa profissional.

O objeto da obrigação, que é a prestação de serviços médicos, não se confunde com a sua finalidade. O fim é a obtenção de um resultado correto. A não-obtenção do resultado esperado não se confunde com a violação da obrigação”.

Nesse sentido também se manifesta a jurisprudência, como no acórdão cuja ementa vem citada a seguir:

**“RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. MORTE POR ANEMIA APLÁSTICA SEVERA POR USO DE ANTIBIÓTICO. NEXO CAUSAL. INOCORRÊNCIA.** Não restando provada a relação de causa-efeito entre o uso do antibiótico quemeticina e o surgimento de anemia aplástica, causa do óbito da paciente, não há como reconhecer a culpa do médico no evento. A obrigação do médico é de meios e não de resultado e, no caso, a doença fatal poderia ter sido ocasionada por diversas outras causas, não havendo relação direta com o uso de medicamento, altamente utilizado no combate à infecção apresentada pela paciente e de baixo custo se comparado a outras drogas da mesma espécie. Prova pericial e testemunhal a corroborar as alegações do requerido. Apelo provido parcialmente para julgar improcedente a ação indenizatória no tocante ao reconhecimento do erro médico”.

Já na obrigação de resultado, o profissional médico fica obrigado a alcançar o objetivo certo – fim específico – a que se propôs e, aí, o que importa é o resultado de sua atuação, pois não o alcançando não terá adimplido a sua obrigação.

Com a afirmação que, em geral, a obrigação contratual do médico não é de resultado comunga José de Aguiar Dias<sup>70</sup>:

“O que se torna preciso observar é que o objeto do contrato médico não é a cura, obrigação de resultado, mas a prestação de cuidados conscienciosos, atentos, e, salvo de circunstâncias excepcionais, de acordo com as aquisições da ciência, na fórmula da Corte Suprema de França”.

Em geral, nas especialidades que tenham por finalidade a cura direta do paciente, como, além de outras, em Medicina Intensiva, Gastroenterologia, Geriatria, Cirurgia Geral, Cardiologia, o especialista compromete-se com uma obrigação de meios. Por conseguinte, sua responsabilidade restringe-se à execução do ato médico, respeitando a *Lex Artis*, obrando diligentemente, sempre dentro do estado atual de desenvolvimento da Ciência Médica.

Por outro lado, há uma série de especialidades cujo objetivo definido é serem usadas para auxiliarem a alcançar a cura direta do enfermo. No momento, há juristas com argumentos para se considerar que os médicos especializados nestas áreas, como, exemplificando, Bioquímica, Análises Clínicas e Radiologia, se comprometem com uma obrigação de resultado. Por si próprio o exame por eles realizado não leva à cura.

Já, no que se refere à atividade do médico cirurgião plástico, é predominante, na doutrina e jurisprudência, o entendimento de que esse ao executar cirurgias plásticas estéticas - embelezadoras, está assumindo uma obrigação de resultado. Como ilustra a ementa abaixo transcrita:

**“RESPONSABILIDADE CIVIL. MÉDICO. RESPONSABILIDADE CONTRATUAL. CIRURGIA PLÁSTICA. ERRO MÉDICO. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAL E MORAL. COBRANÇA DO SALDO DOS HONORÁRIOS. PRESCRIÇÃO. PROCEDÊNCIA, EM PARTE, DA AÇÃO E IMPROCEDÊNCIA DA RECONVENÇÃO.** A responsabilidade civil do médico, como sabido, é contratual, sendo a obrigação, em princípio de meio e não de resultado. Todavia, em se tratando de cirurgia plástica, a obrigação é de resultado, assumindo o cirurgião a obrigação de indenizar pelo não cumprimento da mesma obrigação. Demonstrado o inadimplemento, inverte-se o ônus da prova, cabendo ao médico a obrigação de demonstrar que não houve culpa ou que ocorreu caso fortuito ou força maior. Indenização pelos danos de ordem material e moral. Procedência, em parte, da

*ação, por ter sido excluído o pedido de dote. Prescreve em um ano a ação para a cobrança de honorários médicos, contado o prazo a partir da data do último serviço prestado. Tendo isso ocorrido em maio de 1993 e a reconvenção protocolada em outubro de 1994, caracterizada está a prescrição. Sentença mantida. Apelação não provida".<sup>71</sup>*

Indiscutivelmente, na cirurgia plástica estética (e não na cirurgia plástica reparadora), verifica-se uma aceitação generalizada de, pela não-efetivação do resultado, presumir-se a culpa do médico. É diferente da cirurgia geral, na qual, é pacífico o entendimento de que a obrigação seja de meios.

Predomina, também, na doutrina e na jurisprudência, o entendimento de que em caso de execução defeituosa numa cirurgia estética (frustração do resultado), isso corresponderá juridicamente a uma inexecução total da obrigação de fazer, por parte do cirurgião plástico.

É, pois, o erro médico um inadimplemento, bem definido, do contrato. Contratualmente falando, trata-se de uma conduta bem caracterizada de falha na prestação de serviços médicos, enquadrando-se na abrangência do campo da responsabilidade contratual quando acompanhada de culpa (presente no agir do médico), gerando uma obrigação de indenizar o lesado (aquele paciente que teve o seu direito violado). Para comprovação do erro médico, usam-se todos os meios probatórios em direito aceitos. Em particular, no caso da atividade médica, os prontuários e fichas de anotações médicas, ressaltando-se a importância, pela complexidade e controvérsias do agir médico, da prova pericial que pode, até, tornar-se indispensável. E, para que fique estabelecida a culpa do médico, há que se provar, sem o que se tem que concordar com o que afirma o acórdão<sup>72</sup>:

*"Assim é que pode até ser que o tratamento tenha sido inadequado, mas talvez aquele primeiro atendimento tenha sido também inadequado: também talvez o segundo atendimento tenha sido inadequado, mas o processo permite apenas dúvida a respeito do que aconteceu, não trazendo aquela certeza que é indispensável para que se dê procedência à pretensão da autora".*

Deve, pois, o paciente fazer a prova, conforme o acórdão<sup>73</sup>: *"Tratando-se de responsabilidade civil de profissional liberal, médico, o ônus probatório era do autor. Dele, porém, não se desincumbiu. (...) À falta de uma prova segura da culpa do réu, de fato, improcede a demanda".*

Mas, deve o paciente fazer prova e, não simples afirmações, como expressa o acórdão<sup>74</sup>:

*"Devida vênha a examinara no dia anterior, ministrando-lhe medicamentos adequados para ataque à infecção. Medicamentos que não teriam sido ingeridos – aqui a palavra do médico contra a da sua então paciente, um não sobrepuja ao outro, nem mesmo frente ao Código do Consumidor, eis que 'a responsabilidade dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa', art. 14, § 4º, - pela autora, informação de seu companheiro".*

Em caso de obrigação de meios o paciente necessita e deve fazer a prova de que o médico não agiu com a devida diligência. Na hipótese de haver uma obrigação de resultado há presunção de culpa do profissional, cumprindo ao médico fazer essa prova, podendo ser elidida a culpa com a comprovação de uma causa diversa para o resultado, que não o seu ato médico.

Isso fica patente à luz do Código de Proteção e Defesa do Consumidor. A relação contratual, na relação de consumo do serviço médico fornecido pelo profissional liberal, se estabelece por obrigação de meios ou de resultado. Trata-se de responsabilidade subjetiva a que vem expressa no art.14, § 4º da Lei nº 8.078/90. Tal responsabilidade é observada quando se tratar de uma obrigação de meios, em face de uma avaliação de erro médico, ou seja, cabe ao paciente a comprovação da culpa do profissional médico.

No caso de se tratar de uma obrigação de resultado, o que pode ocorrer, ainda se trata de responsabilidade subjetiva mas, a responsabilização do profissional médico acontece pela presunção de culpa, com a inversão do ônus da prova, como explicitado no art. 6º, inciso VIII da lei acima referida, já que, com exceção da peculiaridade imposta pelo § 4º, do art. 14 da Lei 8.078/90 (que mantém o sistema tradicional de apuração da responsabilidade baseado na culpa para o médico), no restante, em tudo se aplica ao médico, em seu exercício profissional, o disposto no Código de Proteção e Defesa do Consumidor. Nesse sentido, afirma Fabrício Zamprogna Matielo<sup>75</sup>:

“A prática da Medicina é incluída, modernamente, no rol daquelas que se prestam à incidência da Lei nº 8078/90, porque os profissionais liberais em geral são realmente prestadores de serviços, independentemente da área de atuação escolhida. Já no art. 2º da mencionada Lei tem-se a seguinte definição: ‘Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final’. O art. 3º, § 2º, afirma: ‘Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração (...)’. Ora, despidendo arvorar-se em maiores elocubrações para concluir pelo enquadramento da atividade objeto do contrato médico como prestação de serviços sujeita, no que autorizado, aos ditames contidos no estatuto protetivo. De outra parte, igualmente inequívoca a condição de consumidor assumida pelo paciente a partir do advento da normatização ora em estudo”.

Exemplificando, em cirurgia plástica, aceita como relação contratual com obrigação de resultado, o paciente não teria a tarefa de provar a culpa do médico, mesmo se tratando de um profissional liberal, sendo exigível, pois, em tese, a comprovação de culpa. Caberia a ele paciente provar somente a omissão ou ação do médico e o dano. A culpa já seria presumida. Sendo a culpa presumida, inverte-se o ônus da prova. Mas, isso não impede que sejam argüidas defesas, pelo médico, como as previstas no art. 14, § 3º da Lei 8.078/90<sup>76</sup> - Código de Proteção e Defesa do Consumidor. Sobre a inversão do ônus da prova diz Miguel Kfourri Neto<sup>77</sup>:

“Estipula o Código de Defesa do Consumidor, por seu art. 6º, VIII, a facilitação do consumidor na defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova quando a critério do juiz for verossímil a alegação ou quando for ele, consumidor, hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência. Assim, fica novamente ao prudente arbítrio do magistrado a definição e o momento da inversão do ônus da prova. Novamente, nada se excepciona no texto legal, sendo sua decisão baseada nas regras ordinárias da experiência, definitiva”.

A respeito disso também trata o acórdão<sup>78</sup>:

“Desde logo deixo consignado que vejo a controvérsia agitada nestes autos como uma relação de consumo, pois evidente ser o autor usuário do serviço médico e os réus prestadores de tal serviço. A partir desta premissa, deste entendimento, vejo a possibilidade da presença da inversão do ônus da prova, nos termos do inciso VIII do artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90), já que verossímil a alegação do autor, e, se assim não fosse, com certeza hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência, pois evidentemente o autor encontra-se em um patamar de inferioridade em relação ao médico e ao hospital para discutir a qualidade do atendimento prestado”.

Sobre isso, diz mais Miguel Kfourri Neto<sup>79</sup>:

“O que deve nortear o juiz é a verificação de quem pode mais facilmente fazer a prova, cuidando, também, para que a inversão não torne a prova impossível, provocando um prejulgamento da causa. (...) Neste ponto, deve ser ressaltado que o momento adequado para o juiz declarar a inversão do ônus da prova é, em nosso entendimento, juntamente com o despacho que determinar a citação do réu, porquanto pelo princípio da eventualidade, com a contestação deverá trazer o réu todos os fatos, direito e provas

pretendidas que irão ser produzidas no desenrolar do processo”.

É válido acrescentar, na análise do aspecto contratual da relação médico-paciente, o que Genival Veloso de França<sup>80</sup> pensa, em termos de Código de Defesa do Consumidor:

*“Na linguagem deste Código, o paciente é o consumidor para quem se presta um serviço; o médico, o fornecedor que desenvolve atividade de prestação de serviços; e o ato médico, uma atividade mediante remuneração a pessoas físicas ou jurídicas sem vínculo empregatício”.*

Ainda sobre a aplicação do Código de Defesa do Consumidor na responsabilidade civil do erro médico, diz Ada Pelegrini<sup>81</sup> não ser aplicável aos médicos, em seu exercício profissional, a responsabilidade objetiva, em atenção ao disposto no art. 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor. Mas, é submetida, a atividade do médico, às demais normas do referido Código, na sua relação com o paciente, em termos de responsabilidade civil.

O art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, em seu § 4º, exige a verificação da culpa do médico, já que é profissional liberal. Em caso de dano ao paciente em sua atividade profissional, tal verificação é assim justificada por Viviane Coêlho de Séllos<sup>82</sup>:

*“Importa aclarar que tal excepcionalidade não vem para introduzir em nosso sistema a irresponsabilidade do profissional liberal, nem excluí-lo da vigência de nosso Código.*

Isso só ocorre em face da natureza intuitu personae dos seus serviços ou da livre escolha do consumidor pelo profissional em que tenha maior ou menor confiança.

É o que nos explica a doutrina. A diversidade de tratamento para os profissionais liberais pelo CDC se justifica em razão da natureza intuitu personae dos serviços prestados por profissionais liberais.

Significa isto que, contratar ou constituir serviços de profissional liberal, se faz com base na confiabilidade e prestígio dispensados pelo consumidor contratante ao profissional contratado.

E pelo fato de ser o cliente quem escolhe o profissional liberal de quem irá contratar serviços, só se responsabilizarão por danos os profissionais liberais a partir da apuração de sua culpa”.

Em termos de direito comparado e totalmente aceitável em nosso ordenamento jurídico, é conveniente citar o que diz o professor português Carlos Ferreira de Almeida<sup>83</sup>:

*“No direito português actual, a qualificação adequada parece ser a de contrato socialmente típico inserido na categoria ampla dos contratos de prestação de serviço (art. 1.154<sup>84</sup>), onde se incluem prestações de ‘trabalho intelectual’.*

A referência a ‘certo resultado’ não é impeditiva desta qualificação, antes a confirma. No caso, o resultado do trabalho intelectual é o tratamento e não a cura.

O resultado não é uma obra, como é característico do contrato de empreitada. A obra que pode ser objeto deste contrato consiste na ‘produção ou transformação de uma coisa’, enquanto a ‘obra’ que o médico eventualmente realiza consiste numa alteração produzida no corpo humano. Em alguns casos porém (colocação de próteses, operações estéticas, análises), a prestação de serviço médico consiste em (ou inclui) resultados que são próximos dos que caracterizam o contrato de empreitada.

Dentro da categoria ampla e inespecífica dos contratos de prestação de serviço, o contrato de prestação de serviços médicos demarca-se como tipo bem definido que, não sendo um tipo legal (porque não tem regulação legal própria), é um tipo social e nominado, porque como tal referido na prática e pressuposto em algumas disposições legais. Por isso e pela particularidade das questões que envolve, poderá vir a justificar-se a sua tipificação legal.



Relevantes para o seu regime jurídico são ainda as seguintes qualificações:

- é um contrato civil (nunca é um acto de comércio);
- é um contrato celebrado intuitu personae;
- é um contrato de consumo e portanto merecedor da aplicação das adequadas

regras de proteção dos consumidores”.

E, ainda, enriquecendo o entendimento através do direito comparado, menciona-se, para concluir a avaliação dos aspectos contratuais da atividade do médico, a maneira como o Direito Italiano trata do assunto, conforme transmite Marco Fridolin Sommer Santos<sup>85</sup>:

“O moderno Código Civil italiano de 1942 dedica o seu Livro Quinto, com mais de 450 artigos, à disciplina das atividades profissionais. No âmbito destes, além de outras relações jurídicas, regula o trabalho subordinado e o trabalho autônomo, sendo este último objeto do ‘contrato de obra’.

O trabalho prestado pelos profissionais liberais insere-se no contexto do ‘contrato de obra’. Não se trata, todavia, de um contrato de obra normal. Trata-se de um ‘contrato de obra intelectual’. É um trabalho prestado pelos profissionais liberais, também designados intelectuais.

Dispõe o art. 2230; Prestação de obra intelectual. O contrato que tem por objeto uma prestação de obra intelectual é regulado pelas normas seguintes e enquanto compatíveis com este e com a natureza da relação”.

## 2.5 Natureza Extracontratual da Relação Médico-Paciente

O ilícito<sup>86</sup> extracontratual - gerado fora de um contrato - é a violação de um dever jurídico expresso em lei, ao contrário do ilícito contratual que se constitui em uma transgressão de um dever jurídico convencionado pelas partes num negócio jurídico - contrato. Decorre, pois, a responsabilidade extracontratual, delitual ou aquiliana da transgressão de norma jurídica, imposta a todos os componentes da sociedade, de não prejudicar alguém.

A responsabilidade civil extracontratual ou aquiliana é regulada, em nosso ordenamento jurídico, nos artigos 159, 160 e 1.518 a 1533 do Código Civil.

Além disso, pode haver casos de responsabilidade civil no erro médico com origem extracontratual ou aquiliana, como assevera Miguel Kfouri Neto<sup>87</sup>: “É claro que poderá existir responsabilidade médica que não tenha origem no contrato: o médico que atende alguém desmaiado na rua, v.g.. A obrigação de reparar o dano, entretanto, sempre existirá, seja produzida dentro do contrato ou fora dele”.

Corroboram essa afirmação, em seu livro, Antonio Ferreira Couto Filho e Alex Pereira Souza<sup>88</sup>:

“Não se pode olvidar, todavia, que existe a possibilidade de haver responsabilidade médica sem origem no contrato, vale dizer, sem vínculo preexistente, escrito ou verbal. É o caso, por exemplo, do médico que socorre alguém que esteja inconsciente na rua, ou mesmo em outro lugar. Evidentemente que este paciente não teve qualquer ato volitivo no sentido de ser atendido e tratado por este ou aquele médico e, por via de consequência, não há de se falar, in casu, em contrato. Não obstante esta possibilidade, a natureza jurídica da relação médico/paciente, via de regra, é contratual”.

Ou, conforme salientado por Vera Maria Jacob de Fradera<sup>89</sup>:

“Em certas circunstâncias, contudo, e, tendo em vista algumas especialidades, a natureza da responsabilidade médica poderá ser de natureza extracontratual ou aquiliana, quando na ausência de contrato, aja o médico com negligência ou imperícia, no tratamento, ou o recuse à pessoa em situação de perigo iminente ou, ainda, em se tratando de menor, responsáveis não se tenham manifestado a respeito do tratamento ou dado consentimento para determinado ato cirúrgico”.

Para exemplificar, pode-se enquadrar na extracontratualidade, originada de um dever, o seguinte atendimento médico descrito por Pontes de Miranda<sup>90</sup>: *“Mas o médico que passa de automóvel, ou a pé, e vê caído na estrada, ou no mato, alguma pessoa – maior, ou menor, homem ou mulher – e verifica que somente com a prática de atos seus, profissionais, o pode salvar, tem o dever de assistência”*.

Em sua obra *“Erro Médico - Julgo procedente”*, a advogada Célia Destri<sup>91</sup> transcreve sentença da 13<sup>a</sup> Vara Cível da Comarca do Rio de Janeiro, proferida pelo Juiz de Direito Célio Geraldo de Magalhães Ribeiro, em 8 de novembro de 1996, que alarga o entendimento da natureza extracontratual no erro médico, no qual se lê:

*“Normalmente, o paciente procura um médico, escolhe o profissional de sua confiança, constituindo com ele vínculo contratual. Resta. Todavia. Uma vasta área para responsabilidade extracontratual, como por exemplo, nos casos de atendimento de emergência, estando o paciente inconsciente, ou quando o médico se recusa a atender nesse estado emergencial; tratamento desnecessário, cirurgia sabidamente indevida, experiências médicas arriscadas, etc. Há ainda, casos, até, de ilícito penal perpetrado por médicos que realizam aborto fora dos casos permitidos em lei, desligam aparelhos para apressar a morte do paciente, receita tóxicos ou substâncias entorpecentes indevidamente, etc”*.

Dado o exposto, o que se depreende é que, regra geral, a relação jurídica entre médico e paciente é de natureza contratual, mas existem situações nas quais vai se dar no terreno extracontratual.

## **2.6 Responsabilidade Civil no Erro Médico por Fato de Terceiro**

No caso de erro médico pode ocorrer a responsabilidade civil pelo fato de outrem. Há ocasiões em que se origina uma responsabilidade contratual do médico preponente – responsável contratual – quando esse, face a uma determinada obrigação, subordina terceiro – preposto – para executar total ou parcialmente o ato contratado. Isso ocorre por força de dispositivo geral que regula a responsabilidade civil por fato de terceiro – art. 1521, inciso III do Código Civil Brasileiro<sup>92</sup>, ou seja, aquele que realiza algo por conta de outra pessoa, gera para essa a responsabilidade civil pelos prejuízos que causar ao executar tal atividade. No caso de possíveis danos que venham a ocorrer ao paciente no exercício de um ato pelo preposto, o responsável será o médico preponente. Eis o que pensa José de Aguiar Dias<sup>93</sup>:

*“A responsabilidade por fato de outrem não contradiz esse entendimento, porque é responsabilidade derivada da obrigação do próprio responsável, pela concepção de que existe, a cargo dele, o dever de suportar, uma vez concretizada a hipótese, sozinho ou em conjunto com o agente as conseqüências desse fato”*.

Quando executa suas atividades o médico tem necessidade de auxiliares. Se, no exercício das mesmas, o médico utilizar auxiliares do próprio hospital onde está exercendo sua profissão e a tarefa desses auxiliares estiver incluída naquilo que contratou executar no paciente, arcará, o médico preponente, com a responsabilidade civil pela culpa de seus prepostos – auxiliares no serviço prestado ao paciente.

Ratifica-se essa afirmação pela ementa transcrita a seguir:

*“Erro Médico – Comprovada a relação de causa e efeito, há responsabilidade de parte do profissional da medicina que deixa de tomar medidas que poderiam reverter o quadro evolutivo, com isso evitando a morte do paciente. Persiste a responsabilidade do cirurgião, mesmo quando o paciente é levado à Unidade Intensiva, em especial quando os responsáveis pela Unidade seguem orientação do agente do ato cirúrgico. A orientação do procedimento por incidentes pós-operatórios é, em tese, da responsabilidade do médico que encaminhou o paciente à Unidade. Dano Moral existente e quantificado com moderação.*

*Recurso do réu desprovido. Provimento parcial do recurso dos autores*".<sup>94</sup>

Inclusive, a Súmula 341 do STF sobre esse assunto diz: "É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto".

O Projeto nº 634-B/75 do novo Código Civil Brasileiro, que tramita no Congresso Nacional, cria uma responsabilidade objetiva para o preponente, como diz Sílvio Rodrigues<sup>95</sup>:

"De fato, o Projeto, em seu art. 968, repete, literalmente, o art. 1521 do Código Civil. Mas, em seu art. 939, determina que as pessoas mencionadas nos n. I e III do artigo antecedente, isto é, os pais, o patrão, amo ou comitente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos dos filhos, empregados, serviçais e prepostos".

Cabe, neste ponto, um comentário sobre responsabilidade civil nos casos de trabalho médico em equipe, o que é bastante freqüente nos dias atuais, havendo como exemplo clássico a equipe cirúrgica, na qual se destacam o cirurgião e o anestesista, e, sobre isso, é bastante esclarecedor o que diz Miguel Kfoury Neto<sup>96</sup>:

"É um grupo homogêneo, talvez um grupo permanente, que se mantém grupalmente no campo das intervenções cirúrgicas.

Sabe-se quem o integra, mas se ignora onde está a autoria em um caso concreto. Onde há relação entre o dano e a causalidade?

Nossos tribunais há mais tempo vêm resolvendo que, nestes casos, qualquer dos membros do grupo responde solidariamente, a menos que demonstre que do seu modo de atuar e do seu agir não resultou o dano".

Em casos de substituição de um médico por outro no atendimento a um paciente, é bastante esclarecedora a contribuição de Vera Maria Jacob de Fradera<sup>97</sup>:

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

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

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

Ela diz mais<sup>98</sup>:

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

## **2.7 Responsabilidade Civil no Erro Médico por Fato da Coisa**

O médico utiliza-se de equipamentos e aparelhos no exercício de sua profissão. Se ocorrer um dano ao paciente, decorrente do uso desses equipamentos, o médico, que livremente optou pelo uso dos mesmos, arcará com a responsabilidade civil. A utilização do objeto - coisa - confunde-se com a tarefa executada pelo médico no seu exercício profissional. A utilização inadequada, pois, de uma aparelhagem, ou, até, a escolha errônea de um equipamento, para uso no paciente, fará com que o mesmo seja responsabilizado pelos prejuízos causados a esse. É dever do médico conhecer, adequadamente, como se opera determinado aparelho para usá-lo em um paciente.

Sobre isso transcreve-se o que pensa José de Aguiar Dias<sup>99</sup>:

"Temos dúvida em aceitar integralmente o ensinamento, considerando que o cliente, de ordinário, ignora os riscos de instrumentos médicos. Como presumir que aceite estes riscos? O caso, para nós, incide no âmbito da regra fundamental concernente ao exercício da profissão. Se a aplicação do instrumento oferece riscos, é dever do médico advertir deles o cliente, respondendo pelas conseqüências danosas, se não o faz".

Caso um incidente ocorra, tendo sido provocado por instrumento defeituoso ou com vício de fabricação, a responsabilidade última será do fabricante ou do importador do aparelho. Sendo o médico condenado a indenizar prejuízo ao doente, decorrente desse tipo de defeito ou vício, caberá a ele impetrar uma ação de regresso contra o importador do equipamento ou seu fabricante, para ser ressarcido das despesas que teve por ser responsabilizado, em juízo, pelos danos causados ao paciente.

Diz Jerônimo Romanello Neto<sup>100</sup>, em sua obra "Responsabilidade Civil dos Médicos", que o médico tem por obrigação ser diligente e prudente em sua atividade, dispondo corretamente dos aparelhos com que lida em suas tarefas junto ao paciente. É, também, responsável por tomar todas as precauções ao optar por um instrumento, bem como conservar em perfeito estado de funcionamento a aparelhagem da qual se utiliza. Observa, além disso, que se o instrumento tiver defeito que o médico desconhece, ou deficiência que esse não podia prever, foge-se do campo da responsabilidade do médico e adentra-se no âmbito da responsabilidade do fabricante. Refere ainda, que a responsabilidade do fabricante passa a ser objetiva, nos termos do artigo 12 do Código de Defesa do Consumidor.

Sobre produtos utilizados pelo médico, afirma Jurandir Sebastião<sup>101</sup> que o mesmo deverá utilizar adequadamente um medicamento, respeitando as características de seu princípio ativo, ou seja, observando as doses preconizadas cientificamente, precavendo-se de que não tenha contraindicações, vigiando o aparecimento de parafarmacos, corrigindo dosagens ou, se necessário, interrompendo a medicação. Assim agindo, se eventual prejuízo surgir ao paciente, será do laboratório a responsabilidade única pelo dano ocorrido. E diz mais:

"A regra é a mesma em relação aos produtos farmacêuticos. Quer se trate de marca-passo, pino de platina, expansor de pele da mama, prótese dentária, etc, tanto o médico como o dentista devem observar a recomendação do fabricante e ajustá-la ao paciente (precaução de alergia, rejeição, etc). Percorrido esse caminho satisfatoriamente, eventual resultado danoso ao paciente deverá ser debitado apenas ao fabricante. Caso contrário a responsabilidade será de ambos ou tão só do médico, se este se descuidou da diligência prévia de ajustamento ou pronta mudança, no caso de resultado inverso e inesperado no paciente".

Muitas vezes, a atividade do profissional conjuga-se com a de fornecedor de produtos. Uma visão boa das implicações que isso traz para ele, sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, traz Oscar Ivan Prux<sup>102</sup>:

"Não se pode ignorar a freqüência com que muitos profissionais liberais, a par de fornecerem seus serviços, também atuam como autênticos comerciantes (e até como fabricantes ou importadores), vendendo ao consumidor produtos ligados ao serviço prestado. Assim, transportando para o campo prático, podemos exemplificar da seguinte maneira: o médico que em tratamento de obesidade, depois de prescrever o tratamento, também vender ao consumidor o remédio por ele receitado, deverá responder tanto pela qualidade de seu serviço, quanto pela qualidade do produto que vendeu, sendo que, nesse aspecto, sua responsabilização deverá acontecer tal qual a de qualquer comerciante. E se o remédio for de sua fabricação ou importação, também responderá na condição própria de fabricante ou importador. Assim, se quanto à responsabilização referente a seu

serviço está amparado pela exceção do § 4º, do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, o mesmo não acontece quanto à sua genuína atuação como fabricante ou importador, ou mesmo apenas vendedor. Quanto a essas últimas, ele responderá tal qual os demais fornecedores, que nessa atividade, têm em comum com ele, o mesmo intuito de ganho, ou seja, aplicando-se a regra geral da responsabilidade objetiva. No tocante à fabricação e venda do remédio, não existe diferença a justificar ao médico responder de forma privilegiada em comparação com o fabricante e o comerciante. Muito ao contrário, há que se ter um rigor ainda maior, pois ao receitar e vender remédio de sua fabricação, o profissional aproveita-se no fornecimento, de todo o peso de sua autoridade de especialista no assunto, deixando o consumidor praticamente à sua mercê”.

## 2.8 Liquidação do Dano

Caso o *quantum debeat*ur não tenha sido determinado na sentença judicial, proceder-se-á a sua liquidação, necessária conforme disposto no art. 603, *caput*<sup>103</sup> do Código de Processo Civil. Essa confere a liquidez que, junto com a certeza e a exigibilidade, são os requisitos legalmente indispensáveis a um título executivo para ser instalado o processo de execução.

Na definição de Miguel Kfoury Neto<sup>104</sup>:

*“Liquidar o dano consiste em determinar o quantum, em pecúnia, que incumbirá ao causador despendendo em prol do lesado. Se não houver adimplemento espontâneo da obrigação assim tornada certa, recorrer-se-á à execução”.*

Quanto aos danos emergentes – cuja liquidação está prevista no art. 1.538 do Código Civil, juntamente com os lucros cessantes – é relativamente fácil a composição dos danos experimentados, já que a comprovação matemática dos prejuízos diretos com a compilação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares é de evidente valor na sua averiguação, quando da liquidação da sentença. Demais gastos decorrentes da lesão experimentada pelo paciente – medicamentos, viagens, aparelhos ortopédicos etc., desde que comprovados, permitem seu cálculo de maneira adequada. Como preconiza Humberto Theodoro Júnior<sup>105</sup>: *“O autor da ação indenizatória tem o ônus de provar qual foi efetivamente o dano que o erro médico culposo lhe acarretou, sob pena de decair de sua pretensão”.* Portanto, a lesão patrimonial no que se refere aos danos emergentes é de simples avaliação, permitindo a correta recomposição dos prejuízos causados.

Quanto aos lucros cessantes (*lucrum cessans*) – aquilo que razoavelmente se deixou de lucrar, aquilo que não foi acrescentado ao patrimônio em virtude da lesão experimentada com o erro médico, apresenta dificuldades. A indenização pelos lucros cessantes deve abranger o período que transcorreu entre o fato lesivo e a volta do paciente às suas atividades habituais, inteiramente recuperado. Deve haver uma comprovação pelo lesado dos rendimentos que auferia à época do evento danoso, para um cálculo correto do *quantum debeat*ur neste tópico da liquidação. Até aquilo que foi gasto na contratação temporária de alguém para substituir o incapacitado em seu trabalho deve ser ressarcido pelo causador do dano. Diz o art. 1539 do Código Civil Brasileiro:

*“Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou lhe diminua o valor do trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até o fim da convalescença, incluirá uma pensão correspondente à importância do trabalho, para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu”.*

O mais adequado é a entrega do cálculo dos lucros cessantes às mãos de especialistas. Como prevê o art. 1553 do Código Civil pátrio: *“Nos casos não previstos neste Capítulo, se fixará por arbitramento a indenização”.*

Não há razão para afastar a possibilidade de nos casos de morte – homicídio - haver indenização, prevista pela lei, não só dos danos emergentes, mas também dos lucros cessantes. Como bem diz Fabrício Zamprogna Matielo<sup>106</sup>: *“Se a lei concede reparação abrangente de danos emergentes e lucros cessantes para os casos de lesão corporal, é evidente que mais ainda serão devidos quando da prática de homicídio, delito de gravidade ímpar”*.

Admite-se, para fins de cálculo em pensionamento, nos casos de morte – previsto no art. 1537 do Código Civil, por exemplo, de um chefe de família que, dos rendimentos auferidos, utilize um terço com as próprias despesas. A pensão mensal, que será atribuída aos seus dependentes, portanto, será de dois terços da sua renda comprovada, na data da morte. Computa-se o 13º salário, quando forem assalariados as vítimas, dividido em 12 parcelas somando-se o duodécimo à remuneração mensal. Na sentença, a pensão estará explicitada em número certo de salários mínimos, servindo de base para futuros aumentos, fugindo-se com isso de problemas de atualização dessas pensões, quando necessário.

Quanto à duração do pensionamento cabe, por didático e abrangente, transcrever o que diz, abordando o tema, o Desembargador Clarindo Favretto em discussão de acórdão<sup>107</sup>:

*“No caso do provimento parcial pela concessão de meio salário mínimo à vítima, quanto à limitação temporal da vigência estabelecida no voto de Vossa Excelência, até os 65 anos de idade, parece-me – já se decidiu assim nesta Câmara – que em caso de lesão à vítima, e não em caso de morte, o pensionamento deva ser vitalício, porque a limitação no tempo seria para o pensionado que ficasse no lugar do morto pela presunção de duração de vida até os 65 anos de idade, que agora as estatísticas provaram ser até 72 anos de idade. Mas tal seria o caso para o pensionado, isto é, para o que fica no lugar do que morreu, que levaria o proveito ao dependente até uma duração presumida de vida; mas quando o próprio lesado é o beneficiário, então seria vitalícia esta pensão. Alertado, porém de que a autora limitou seu pedido até completar 70 anos de idade, este é o limite da lide e neste limite é meu voto”*.

Sobre a indenização do dano moral no erro médico, observa Gerson Luiz Carlos Branco<sup>108</sup>:

*“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 presente quando há ação culposa do médico.*

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

Nesse sentido, afirma Teresa Ancona Lopes<sup>109</sup>:

*“Na verdade, portanto, não há equivalente da dor em dinheiro. Não há o que se chama de pecunia doloris ou pretium doloris, e, sim, a compensação ou benefício de ordem material, que permita ao lesado obter prazeres e distrações que, de algum modo, atenuem sua dor”*.

Sobre a liquidação do dano moral diz Miguel Kfoury Neto<sup>110</sup>:

*“Grassa funda controvérsia sobre a liquidação do dano moral. Juristas de tendência dogmática posicionam-se contrariamente à fixação do valor desse dano pelo juiz com esteio, tão-só, em seu prudente arbítrio, na equidade, no senso comum, pugnando pela adoção de balizas legais, que vedem a submissão da matéria apenas à moderação do julgador”*.

Ao que se antepõe Teresa Ancona Lopez<sup>111</sup> :

*"Contra esse amplo poder discricionário conferido ao juiz há muitas correntes de doutrina e esta é uma das mais fortes razões pelas quais a teoria da reparação dos danos morais não encontra a acolhida que deveria. Todavia, contra essa argumentação, lembramos que mesmo no caso de danos patrimoniais há o uso do poder discricionário do juiz".*

A verificação do *quantum debeatur*, nos casos em que houver necessidade, pode ser disciplinada pelo que consta no art. 1553<sup>112</sup> do Código Civil Brasileiro. Ficar-se-á frente àqueles casos em que, levando-se em conta a natureza e caráter complexo das operações que se realizarão para efetivar-se a liquidação da sentença, utilizar-se-á o arbitramento (art. 606 do Código de Processo Civil) ou a liquidação por artigos (art. 608 do Código de Processo Civil). Exige, a liquidação por arbitramento, como diz o próprio nome, a atuação de um arbitrador, um indivíduo perito no tema – um técnico – um especialista no assunto objetivo do arbitramento. Acham-se nos autos, e provados, os dados – elementos – nos quais os peritos encarregados da arbitragem – técnicos – basear-se-ão para determinar o *quantum debeatur*. Será feita uma liquidação por artigos, prevista no Código de Processo Civil, caso seja necessário alegar, e provar, um fato novo, para que se possa determinar o *quantum* do ressarcimento determinado pela decisão judicial. Ou seja, é necessário provar-se que existem fatos que na lide não foram ainda provados. Não serão, na liquidação por artigos, trazidos quaisquer fatos, mas, sim, os que tenham influência – que sejam aproveitados na liquidação – na determinação do *quantum debeatur* devido pelo que vai indenizar.

Sobre esse assunto também, por elucidativo, vai transcrito o que diz Arnaldo Marmitt<sup>113</sup> :

*"Consoante Súmula n° 37, do Superior Tribunal de Justiça, o dano moral e o dano patrimonial são cumuláveis. Como decorrências autônomas do ato ilícito, cumuláveis também se afiguram o dano moral e o dano estético".*

E diz também:

*"O dano estético não se subsume no dano patrimonial, nem no dano moral puro, pois é espécie de dano moral, sendo avaliável autonomamente. Nada impede que os danos material e moral coexistam com o dano estético".*

Sendo dois tipos diversos de danos morais que podem ocorrer a um indivíduo, é viável e adequado aos anseios de justiça, cumular-se dano estético com dano moral, já que lesam dois bens jurídicos diferentes. Sendo um dano moral objetivo, o dano estético – dano físico – agride um dos direitos da personalidade, o direito à incolumidade física. É o *damnum in re ipsa* – independe de comprovação, pois a coisa fala por si mesma. Nesse tipo de dano se integram a dor e o sofrimento. O dano à imagem social de uma pessoa é o dano moral, já que estabelece dificuldades no relacionamento em sociedade, emergindo o complexo de inferioridade ao relacionar-se com seus semelhantes. Quando houver dano estético haverá uma destruição da integridade do corpo, sem sombra de dúvida, acompanhada pela modificação da aparência física que anteriormente possuía para uma aparência pior. O sofrer com esses dois tipos de dano é duplo, por isso, impõe-se uma indenização dupla: do ponto de vista estético e do ponto de vista moral.

Assim, na liquidação de sentença de erro médico, o dano moral e o dano estético podem ter liquidação autônoma, desde que o caso em pauta o comporte. Se o dano for apenas estético não haverá cumulatividade, já que dano moral é gênero, sendo o estético sua espécie. Haverá cumulatividade com dicotomia – liquidação de dano estético separado do dano moral – se houver dano moral concomitantemente, principalmente se o dano moral for quantificado em um valor bem maior, quando da liquidação, do que o dano estético.

No caso de dano estético por lesões deformantes, influiria preponderantemente no arbitramento do quantum reparador a maior ou menor beleza física que, porventura, apresentasse anteriormente uma mulher que fosse lesada na sua aparência por um erro médico, o que pode ocorrer, por exemplo, em uma cirurgia plástica estética.

Quanto ao momento adequado para avaliação de um dano estético, eis o que ensina Teresa Ancona Lopez<sup>114</sup>:

*"No caso do dano estético, pensamos que a solução mais eqüitativa seria a sua apreciação, o mais tarde possível, de preferência no momento do julgamento, tendo ainda o juiz que considerar as possibilidades de mudanças futuras. Suponhamos que determinada pessoa sofreu uma série de ferimentos no rosto, em consequência de um tratamento de pele. Se esta pessoa propuser ação de indenização imediatamente, alegando não só danos materiais, mas também estéticos, poderá cometer uma injustiça com o autor do prejuízo, pois tais feridas podem cicatrizar-se perfeitamente, não deixando sinais. Caso já tenha recebido a indenização, terá tido um enriquecimento sem causa. De outro lado, podemos pedir danos morais pelos padecimentos que passou durante esse período. (...) Pensamos que, se na época do julgamento a vítima tivesse feito, por sua conta, tratamento ou cirurgia que lhe tivessem melhorado a aparência, ou mesmo eliminado a lesão que havia sofrido, devendo o réu ser somente condenado a ressarcir os gastos com a cura e, caso houvesse restado alguma lesão permanente, deveria ser condenado também nesta parte, além de eventual dano moral".*

Sobre o quantum debeatur, em caso de dano estético, é importante citar, novamente, finalizando a análise da liquidação do dano, o que diz, em seu livro "O Dano Estético", Teresa Ancona Lopez<sup>115</sup>:

*"Para completar o estudo do montante do dano estético temos que mostrar que, neste caso, não é a equivalência que se procura e, sim, uma reparação satisfatória do dano".*

## 2.9 Considerações Finais

Diz José Breda<sup>116</sup> em seu livro:

*"Hamurabi, o grande legislador, estagnou a Medicina.*

*Estagnou?*

*Não!*

*Provocou retrocesso."*

Não parece necessário aceitar-se integralmente tal afirmação, mas o excessivo rigorismo da lei, pagando o médico com sua integridade física – e seu patrimônio – os seus insucessos, culposos ou não, como foi posto em prática em priscas eras, pode ter entravado o desenvolvimento da Medicina, ao diminuir a intervenção dos profissionais nos doentes pelo receio das punições advindas da evolução desfavorável dos mesmos em sua doença, por fatores naturais imprevisíveis e independentes de qualquer atuação médica, mas a ele atribuídos. Nesse sentido, importante é a manifestação que se extrai de acórdão<sup>117</sup>: *"Preocupa-me, sobremaneira, o ritual a que estão submetidos os médicos, pois se a cada procedimento sobrevier uma ação, na qual a parte se disponha a comprovar a erronia profissional, a atividade médica estaria inviabilizada".*

Também afirma Léo Meyer Coutinho<sup>118</sup>:

*"Muitas vezes, porém o que se considerava culpa dos médicos era apenas o resultado da insuficiência dos conhecimentos da arte de curar.*

A partir do Século XVIII é que se passou a reconhecer a necessidade de tolerância para com as falhas oriundas da própria imprecisão da ciência médica, no interesse, inclusive, do seu próprio desenvolvimento".



Por outro lado, o excessivo corporativismo, patente em determinadas épocas, pode ter ajudado a impedir a averiguação de erros grosseiros ocasionados na sua atividade profissional.

Como se encontra expresso no livro *"Responsabilidade Civil: (Atividade Médico-Hospitalar)"*<sup>119</sup>: *"Entretanto, a despeito de louváveis e inúmeros exemplos humanitários, verificam-se, também comportamentos mesquinhos, como se a vida não valesse quase nada ou nada mesmo, a não ser como instrumento para proporcionar ganho fácil"*.

Por todos esses extremismos, afigura-se como extremamente adequada ao tema a visão de José Carlos Maldonado de Carvalho<sup>120</sup>:

*"Conclui-se, portanto, que toda ação médica em que a previsibilidade de dano ao paciente, invencível à mediana cultura médica, esteja ausente, o profissional médico isentar-se-á da responsabilidade civil, independentemente dos efeitos psicossociais – iatrogenia – provocados no paciente"*.

Assim, esse relacionamento dos médicos com os pacientes tem suas regras. Sobre isso escreve Walter Bloise<sup>121</sup>: *"Há realmente entre o médico e o cliente um contrato de prestação de serviços. A sua responsabilidade é contratual, não obstante figurar no direito brasileiro como atos ilícitos, em caso de responsabilidade médica"*.

Por conseguinte, há uma obrigação do profissional, através de um contrato atípico, mas uma obrigação de meios.

Em termos de obrigações contratuais, em relação à atividade médica, pode-se utilizar o que ensina o "Parecer Final ao Projeto de Código Civil", que tem por Relator Geral o Senador Josaphat Marinho e que se encontra transcrito na obra organizada por J. M. Leoni Lopes de Oliveira<sup>122</sup>: *"Admite os contratos atípicos, 'observadas as normas gerais' fixadas no Código (art. 425<sup>123</sup>), assim evitando abusos contrários ao Direito"*.

E diz mais, transcrito do mesmo "Parecer Final ao Projeto de Código Civil": *"Cautelosamente, pois, reduz a majestade do contrato, substituindo a velha cláusula pacta sunt servanda, dos códigos individualistas, pela regra justa – rebus sic stantibus"*. Isso contribui para o entendimento ao se analisar a situação de haver necessidade de reparação de danos por parte do médico, devido à lesão ao paciente.

Também de grande valia é o que diz Marilise Kostelnaki Baú<sup>124</sup>: *"A culpa supõe algum defeito na conduta do devedor, traduzido pela falta de previsão dos danos que sua ação ou omissão pode ocasionar"*.

Nesse sentido, também diz Ana Cláudia de Carvalho Pagano<sup>125</sup>: *"Não há como exigir-se do médico infalibilidade de diagnóstico, mas deve atuar com toda a cautela necessária. Dessa forma, se obrar com erro grosseiro, estará sujeito a ser responsabilizado"*.

Logo, a culpa aparece como soberana na caracterização da responsabilidade civil no erro médico, a par, é claro, dos outros pressupostos, contrariando a responsabilidade civil em outras áreas, que vêm apresentando cada vez mais características de objetividade.

A observação, em termos de *lege ferenda*, feita por Miguel Kfourri Neto<sup>126</sup>, em sua obra *"Responsabilidade Civil do Médico"*, é adequada, neste ponto, por oportuna: *"Repiso, aqui, o entendimento detalhado noutros trechos, de que a substituição do conceito de culpa, entre nós, em tema de responsabilidade médica, por qualquer modalidade de responsabilidade objetiva, ainda é prematura"*.

E correto está o jurista, acentuando-se que as exceções da cirurgia plástica estética, teorias chamadas objetivistas, da *res ipsa loquitur* e *per te d'une chance*, inversão do ônus da prova, apenas constatam a flexibilização necessária na análise, quando da prestação jurisdicional de cada caso concreto.

O Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8078/90 – não revogou completamente o que vem expresso no Código Civil Brasileiro no que se refere aos aspectos contratuais da atividade dos médicos. Porém, tem o exercício profissional do médico, como,

prestador de serviços – profissional liberal – sua regulamentação básica no relacionamento com o consumidor, confida no Código de Defesa do Consumidor. Entretanto, ressalte-se, dispõe o § 4º, do art. 14, desse mesmo Código, que há necessidade de ser provada a presença de culpa no agir do médico.

Cabe ressaltar o caráter privatista do artigo 159 do Código Civil e da responsabilidade civil no erro médico, como bem diz Caio Mário da Silva Pereira<sup>127</sup>:

“Estatuindo que está sujeito a reparar o dano todo aquele que por ação ou omissão voluntária violar direito ou causar prejuízo a outrem fica obrigado a reparar o dano, deixa contudo ao arbítrio do lesado postular o ressarcimento ou deixar de fazê-lo, bem como realizar composição com o ofensor, na pendência da lide que instaurar. A conceituação da responsabilidade civil, sem o caráter de ordem pública, predomina em a dogmática brasileira e reflete-se positivamente na jurisprudência”.

Fica bem nítido o enquadramento no âmbito da responsabilidade contratual, tendo como fundamento a culpa. O erro médico caracteriza-se, pois, via de regra, como uma quebra do contrato de serviço.

*Sendo conduta típica de uma infração contratual, o erro gera para o médico uma obrigação de ressarcir perdas e danos. Isso inclui o dano moral (conjuntamente ou separadamente do dano estético) e o material (lucrum cessans e dano emergente). Nisso inclui-se, além de correção da quantia devida a contar da data da lesão ao direito do paciente, juros moratórios e juros compensatórios.*

Há necessidade de um título executivo para execução da indenização pelo paciente, o que é dado pela sentença ao determinar o valor da condenação. Caso o juiz não estabeleça na sentença o *quantum debeatur* - a liquidez necessária ao título executivo para ser executado judicialmente - a liquidação da sentença se fará por arbitramento ou por artigos, tornando assim exeqüível, para o paciente, o processo de execução.

## CONCLUSÃO

A responsabilidade civil, entidade presente no direito dos diversos sistemas jurídicos, em nível mundial, continua tendo como imprescindíveis na sua abordagem jurídica os conceitos de responsabilidade subjetiva e objetiva, ou seja, a presença, ou não, de culpa na conduta do agente causador do dano. Também não prescinde da presença dos seus três elementos essenciais: ato lesivo, dano e nexa causal.

Essa responsabilidade caracteriza-se, necessariamente, no caso do médico, pela presença de culpa no agir do profissional. Nisso os artigos 159 e 1545 do Código Civil Brasileiro são bem objetivos em imputar-lhe essa característica. A par disso, a doutrina e a jurisprudência emprestam-lhe características típicas de uma relação contratual, apesar de sua atipicidade como contrato, ficando, assim, o inadimplemento, de qualquer espécie, também regrado pelas disposições do Código Civil pátrio sobre isso, em relação a negócios jurídicos.

Verifica-se, ainda, que as regras gerais de responsabilidade, tanto de direito material, como processual, aplicam-se regularmente aos casos de responsabilização civil por erro médico. No terreno da liquidação da sentença, ao ser determinado o valor da indenização, quando cabível, apesar dos aspectos especializados do problema, há uma liquidação convencional. Isso quando não estabelecido discricionariamente pelo juiz na sentença o *quantum debeatur*.

Como característica marcante, ressalta a presença, a partir de 1990, do Código de Defesa do Consumidor, pois, apesar desse exigir culpa na conduta do médico, já que é profissional liberal, em todo o restante se aplica na avaliação do erro médico. Destaca

bem esse Código a inversão do ônus da prova, a critério do juiz, desde que caracterizada a verossimilhança do fato imputado ao médico ou a hipossuficiência do consumidor do serviço médico.

Haverá casos em que a atividade médica de obrigação de meios, como lhe define a doutrina e jurisprudência à unanimidade, se transmude em obrigação de resultado, como ocorre, por exemplo, fugindo à regra geral, na cirurgia plástica estética ou naqueles casos em que ele espontaneamente, se obriga a um determinado resultado. Nesses casos, a responsabilidade que rege o vínculo jurídico entre o médico e o paciente caracteriza-se pela presunção de que a culpa esteja presente no ato médico. Haverá, como conseqüência, inversão do ônus da prova, cabendo este ao médico.

O atual Projeto de Código Civil, em tramitação no Congresso Nacional, mantém a teoria da culpa e engloba, mais ainda, a atividade médica em casos de responsabilização por erro dentro das regras gerais da responsabilidade civil. Em função disso, pode-se afirmar, mais se identifica o tratamento dado ao erro médico, na ótica da responsabilidade civil, com o regramento encontrado no ordenamento pátrio que determina a conduta jurídica em casos de responsabilidade civil em geral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 DIAS, José de Aguiar. *Da Responsabilidade Civil*. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995, v.1 p.22.
- 2 Art. 159 do Código Civil Brasileiro: "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano".
- 3 PONTES DE MIRANDA. *Tratado de Direito Privado*. Tomo LIII, 2. ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1966, p.13.
- 4 PONTES DE MIRANDA. *Op. cit.*, p.14.
- 5 PONTES DE MIRANDA. *Op. cit.*, p.33.
- 6 ROMANELLO NETO, Jerônimo. *Responsabilidade Civil dos Médicos*. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1998, p.11.
- 7 DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro. Responsabilidade Civil*. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 1996, v.7, p.29.
- 8 PEDROTTI, Irineu Antônio. *Responsabilidade Civil*. 2.ed. São Paulo: Universitária de Direito, 1995, p.8.
- 9 DINIZ, Maria Helena. *Op. cit.*, p.30.
- 10 COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. *A Imprudência no Suposto Erro Médico*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999, p.13.
- 11 SAVATIER, René. *Traité de la responsabilité civile en droit français*. 2.ed. Paris, 1951, T. I, p.1.
- 12 MONTENEGRO, Antônio Lindbergh C. *Responsabilidade Civil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1996, p.4.
- 13 KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p.138.
- 14 PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de Direito Civil. Fontes das Obrigações*. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998, v.III, p.363.
- 15 PRUX, Oscar Ivan. *Responsabilidade Civil do Profissional Liberal no Código de Defesa do Consumidor*. Belo Horizonte: Del Rey, 1998, p.180.
- 16 PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Responsabilidade Civil*. 9.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999, p.29-30.
- 17 COUTO FILHO, Antônio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. *A Imprudência no Suposto Erro Médico*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999, p.16.
- 18 MONTENEGRO, Antonio Lindbergh. *Op. cit.*, p.30.
- 19 MONTENEGRO, Antonio Lindbergh. *Op. cit.*, p.28.
- 20 CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. *Erro Médico e o Direito*. São Paulo: Oliveira Mendes, 1997, p.3-4.
- 21 GIOSTRI, Hildegard Taggesell. *Erro Médico à Luz da Jurisprudência Comentada*. Curitiba: Juruá, 1998, p.38.
- 22 Art. 1545 do Código Civil Brasileiro: "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento".
- 23 GOMES, Julio Cezar Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso. *Erro Médico - Um Enfoque Sobre Sua Origem e Conseqüências*. Montes Claros (MG): Unimontes, 1999, p.25.
- 24 KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 3.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998, p.49.

- 25 MONTALVÃO, A. Siqueira. *Erro Médico - Teoria, Legislação e Jurisprudência*. Campinas/SP: Julex, 1998, v.I, p.19.
- 26 FRADERA, Vera Maria Jacob de. A Responsabilidade Civil dos Médicos. *Ajuris: Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, v.55, p.123.
- 27 TJRS - Processo nº 598014397 - 6ª Câmara Cível - Rel. João Pedro Freire - 07/04/99.
- 28 TJRS - Processo nº 595184680 - 6ª Câmara Cível - Rel. Jorge Alcibiades Perrone de Oliveira - 06/08/96.
- 29 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.76-77.
- 30 LUMERTZ, Suzana Lisboa; LUMERTZ, Paulo Roberto Rukatti Lumertz; LUMERTZ, Marcelo Lisboa. *Responsabilidade Jurídica do Médico*. Porto Alegre: Renascença, 1997, p.38.
- 31 TJRS - Processo nº 595064916 - 6ª Câmara Cível - Rel. Milton Carlos Löff - 31/10/95.
- 32 TJRS - Processo nº 598548873 - 6ª Câmara Cível - Rel. João Pedro Freire - 25/08/99.
- 33 TJRS - Processo nº 598438307 - 4º Grupo de Câmaras Cíveis - Rel. Maria Berenice Dias - 13/08/99.
- 34 TJRS - Processo nº 598068245 - 6ª Câmara Cível - Rel. Antônio Jandyr Dall'Agnol Júnior - 11/11/98.
- 35 Criada pela jurisprudência francesa a partir de 1965.
- 36 TJRS - Processo nº 596070979 - 5ª Câmara Cível - Rel. Araken de Assis - 15/08/96.
- 37 PRUX, Oscar Ivan. Op. cit., p.188.
- 38 No Código Civil pátrio, em vigência, são abordados os temas da responsabilidade civil, em geral, nos arts. 1.518 a 1.553: "Das Obrigações por atos ilícitos", nos arts. 1.518 a 1.532; "Da Liquidação das Obrigações", que se compõe de "Disposições Gerais" e "Da liquidação das Obrigações Resultantes de Atos Ilícitos", nos artigos 1.533 a 1.553.
- 39 No caso, por exemplo, de uma mulher ser a lesada, a maior ou menor beleza física, anterior, vai influir significativamente no arbitramento do valor da indenização por dano moral (dano estético).
- 40 O que efetivamente perdeu a vítima de erro médico.
- 41 O que deixou de ganhar. Aquilo que, realmente, o paciente, vítima de erro médico, deixou de auferir no exercício de seu trabalho em decorrência direta da lesão sofrida.
- 42 SEBASTIÃO, Jurandir. *Responsabilidade Médica Civil, Criminal e Ética - Legislação Positiva Aplicável*. Belo Horizonte: Del Rey, 1998, p.36.
- 43 Art. 5º, inciso X da CF: "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;"
- 44 DIAS, José de Aguiar. Op. cit., v.2, p.737.
- 45 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.184.
- 46 Dentro da ótica do direito, a teoria da causalidade adequada procura qual a mais provável e compatível causa circunstancial do fato danoso, inclusive cronologicamente, e, assim, poder atribuir ao agente o dever obrigacional de ressarcir o lesado. Levando-se em conta o que ocorre habitualmente, uma determinada condição é a adequada para desencadear o fato, se o ato efetuado pelo agente que lesou foi significativo para ocasionar o dano. Ao contrário será a não adequada e sem significação, se para ocasionar o dano for totalmente indiferente a presença desta condição, tendo este dano ocorrido por motivos fora do normal e extraordinários que ocorreram num determinado caso.
- 47 TJRS - Proc. nº 596045534 - 6ª Câmara Cível - Rel. Osvaldo Stefanello - 04/06/96.
- 48 SAMPAIO, Rogério Marrone de Castro. *Direito Civil - Responsabilidade Civil*. São Paulo: Atlas, 2000, p. 85
- 49 Art. 1.058 do Código Civil Brasileiro: "O devedor não responde pelos prejuízos resultantes de caso fortuito, ou força maior, se expressamente não se houver por eles responsabilizado, exceto nos casos dos arts. 955,956 e 957. Parágrafo único. O caso fortuito, ou de força maior, verifica-se no fato necessário, cujos efeitos não era possível evitar, ou impedir".
- 50 MATIELO, Fabrício Zamprogna. *Responsabilidade Civil do Médico*. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998, p.179-194.
- 51 Art. 584, inciso II do CPC: "São títulos executivos extrajudiciais: II - sentença penal condenatória transitada em julgado;"
- 52 Art. 386 do CPP: "O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça: I - estar provada existência do fato; II - não haver prova da existência do fato; III - não constituir o fato infração penal; IV - não existir prova de ter o réu concorrido para a infração penal; V - existir circunstância que exclua o crime ou isente o réu de pena (arts. 17,18,19,22 e 24, § 1º, do Código Penal); VI - não existir prova suficiente para a condenação."
- 53 TJRS - Processo nº 595143801 - 4ª Câmara Cível - Rel. Ramon Georg Von Berg - 15.05.96.
- 54 DIAS, José de Aguiar. Op. cit., p.710.
- 55 MATIELO, Fabrício Zamprogna. Op. cit., p. 42.
- 56 SAVATIER, René. Op. cit., Tomo II, p.375-376.

- 57 "Entre le médecin et le malade, intervient un contrat. Du contenu de ce contrat, dépend la responsabilité de l'un envers l'autre; il s'agit donc d'une responsabilité contractuelle. Après avoir paru longtemps décider le contraire, la Cour de cassation a reconnu ce principe. Et les tribunaux et cours d'appel sont maintenant unanimes à l'affirmer"
- 58 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.58.
- 59 SILVEIRA, Reynaldo Andrade da. Responsabilidade Civil do Médico. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v.674, p.60, dez. 1991.
- 60 PONTES DE MIRANDA. Op. cit., p.439.
- 61 ALMEIDA, Carlos Ferreira de. Os Contratos de Prestação de Serviço Médico no Direito Civil Português. *Revista de Direito do Consumidor*. São Paulo, v. 16, p. 14, out/dez. 1995.
- 62 TJRS – Processo nº 597141803 – 6ª Câmara Cível – Rel. Décio Antonio Erpen – 30/09/98.
- 63 TJRS – Processo nº 597116052 – 6ª Câmara Cível – Rel. Osvaldo Stefanello – 08/04/98.
- 64 CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO – CAPÍTULO IX - DA TRANSAÇÃO - Art. 1025. É lícito aos interessados prevenirem, ou terminarem o litígio mediante concessões mútuas.
- 65 KFOURI NETO, Miguel, Op. cit., p.59.
- 66 MATIELO, Fabrício Zamprogna. Op. cit., p.46.
- 67 GIOSTRI, Hildegard Taggesell. Op. cit., p.79-81.
- 68 SANTOS, Marco Fridolin Sommer. *A AIDS Sob a Perspectiva da Responsabilidade Civil*. São Paulo: Saraiva, 1999, p.83.
- 69 TJRS – Processo nº 598427292 – 5ª Câmara Cível – Rel. Marco Aurélio dos Santos Caminha – 27/05/99.
- 70 DIAS, José de Aguiar. Op. cit., p.255.
- 71 TJRS – Processo nº 597183383 – 3ª Câmara Cível – Rel. Tael João Selistre – 05/03/98.
- 72 TJRS – Processo nº 595 192 113 - 5ª Câmara Cível – Rel. Luiz Gonzaga Pilla Hofmeister – 03/04/96.
- 73 TJRS – Processo nº 595846 80 – 6ª Câmara Cível – Rel. Jorge Alcebíades Perrone de Oliveira – 06/08/96.
- 74 TJRS – Processo nº 597185610 – 6ª Câmara Cível - Rel. Décio Antônio Erpen – 1º/04/98.
- 75 MATIELO, Fabrício Zamprogna. Op. cit., p.77.
- 76 Parágrafo 3º, do artigo 14 do CDC: " – O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar: I – que, tendo prestado o serviço, o defeito inexistiu; II – a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro".
- 77 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.51.
- 78 TJRS – Proc. nº 595157199 – 6ª Câmara Cível - Rel. Ivan Leomar Bruxel – 24/09/96.
- 79 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.56-57.
- 80 FRANÇA, Genival Velloso de. O Código do Consumidor e o Exercício da Medicina. *Revista de Direito do Consumidor*. São Paulo, v. 13, p.56, jan/mar, 1995.
- 81 PELEGRINI, Ada et al. *Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998, p.159-161.
- 82 SÉLLOS, Viviane Coelho de. Responsabilidade do Profissional Liberal Pelo Fato do serviço no Código de Proteção e Defesa do Consumidor. *Revista de Direito do Consumidor*. São Paulo, v.10, p.147, abr/jun, 1994.
- 83 ALMEIDA, Carlos Ferreira de. Op. cit., p.9.
- 84 Trata-se do art. 1.154 do Código Civil Português.
- 85 SANTOS, Marco Fridolin Sommer. Op. cit., p.65-66.
- 86 "Como podemos ver, não há uma só espécie de ato ilícito. Considerando as características próprias de cada uma, é possível classificá-los em: a) ato ilícito *stricto sensu* (ou absoluto); b) ato ilícito relativo; c) ato ilícito caducificante; e d) ato ilícito nulificante. 1. **Ato ilícito "stricto sensu" (ou absoluto)** Ato ilícito *stricto sensu* e *delito* são expressões sinônimas. Sempre que, por ação ou omissão voluntária, por negligência ou imprudência, alguém imputável viola direito ou causa prejuízo a terceiro, comete um ato ilícito *stricto sensu*, ou ato ilícito absoluto. Configura a espécie definida no art. 159 do Código Civil. (...) **Ato ilícito relativo** Diferentemente do ato ilícito *stricto sensu*, ou absoluto, o ato ilícito relativo se configura pela violação de deveres resultantes de relações jurídicas de direito relativo, nascidas de negócio jurídico ou ato jurídico *stricto sensu*. A essa espécie costuma denominar-se *ato ilícito contratual*, ou simplesmente *ilícito contratual*, incorretamente, porém, se considerarmos que não somente as relações contratuais a ele se referem. (...) **Ato ilícito caducificante** é aquele que tem por efeito a perda (caducidade) de um direito. (...) **Ato ilícito invalidante** Todo ato de violação de direito, cuja consequência seja a sua invalidade constitui um ato ilícito invalidante. (...)" MELLO, Marcos Bernardes de. *Teoria do Fato Jurídico - Plano da Existência*, 7.ed. São Paulo: Saraiva, 1995, p.208-212.
- 87 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit. p.58.
- 88 COUTO FILHO, Antônio Ferreira ; SOUZA, Alex Pereira. Op. cit., p.28.
- 89 FRADERA, Vera Maria Jacob de. Op. cit., p.120.

- 90 PONTES DE MIRANDA. Op. cit., p.436.
- 91 DESTRI, Célia. *Erro Médico – Julgo procedente*. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1999, p.103-104.
- 92 Art. 1521 do CCB: “São também responsáveis pela reparação civil: III - o patrão, amo ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou por ocasião dele (art. 1522);”
- 93 DIAS, José de Aguiar. Op. cit. v.1, p.96.
- 94 TJRS – Processo nº 597211234 – 6ª Câmara Cível – Rel. Decio Antonio Erpen – 28/10/98.
- 95 RODRIGUES, Silvio. *Direito Civil - Responsabilidade Civil*. 15.ed. São Paulo: Saraiva, 1997. v.4, p.60.
- 96 KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 3.ed. São Paulo: RT, 1998, p.190.
- 97 FRADERA, Vera Maria Jacob de. Op. cit., p.133.
- 98 FRADERA, Vera Maria Jacob de. Op. cit., p.134.
- 99 DIAS, José de. Op. cit., v.1, p.263.
- 100 ROMANELLO NETO, Jerônimo. Op. cit., p.120-121.
- 101 SEBASTIÃO, Jurandir. Op. cit., p.67-68.
- 102 PRUX, Oscar Ivan. Op. cit., p.227-228.
- 103 Art. 603, caput do Código de Processo Civil: “Procede-se à liquidação, quando a sentença não determinar o valor ou não individualar o objeto da liquidação”.
- 104 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit. p.103.
- 105 THEODORO JUNIOR, Humberto. Aspectos Processuais da ação de Responsabilidade por Erro Médico. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v.760, p.46, fev. 1999.
- 106 MATIELO, Fabrício Zamprogna. *Dano Moral, Dano Material e Reparação*. 2. ed. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto, 1995, p.82.
- 107 TJRS – Processo nº 597200633 – 5ª Câmara Cível - Rel. Carlos Alberto Bencke - 1ª/10/98.
- 108 BRANCO, Gerson Luiz Carlos. Aspectos da Responsabilidade Civil e do Dano Médico. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v.733, p.68, nov. 1996.
- 109 LOPEZ, Teresa Ancona. *O Dano Estético – Responsabilidade Civil*. 2.ed. São Paulo: RT, 1999, p.106.
- 110 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.108.
- 111 LOPEZ, Teresa Ancona. Op. cit., p.104.
- 112 Art. 1553, Código Civil Brasileiro: “Nos casos não previstos neste Capítulo, se fixará por arbitramento a indenização”.
- 113 MARMITT, Arnaldo. *Dano Moral*. Rio de Janeiro: Aide, 1999, p.126.
- 114 LOPEZ, Teresa Ancona. Op. cit., p.113.
- 115 LOPEZ, Teresa Ancona. Op. cit., p.105.
- 116 BRENDA, José. *Responsabilidade Civil do Médico*. 2.ed. São Paulo: Brasbibus, 1997, p.11.
- 117 TJRS – Processo nº 596175265 – 6ª Câmara Cível - Rel. Décio Antônio Erpen – 17/12/96.
- 118 COUTINHO, Leo Meyer. *Responsabilidade Ética – Penal e Civil do Médico*. Brasília: Brasília Jurídica, 1997, p.7.
- 119 LEAL, Ana Cláudia da Silveira; SAMPAIO, Carlos (org.). *Responsabilidade Civil: (Atividade Médico-Hospitalar)*. 3.ed. Rio de Janeiro: Esplanada, 1999, p.7.
- 120 CARVALHO, José Carlos Maldonado de. *Responsabilidade Civil Médica: (Acórdãos na íntegra de Tribunais Superiores)*. Rio de Janeiro: Destaque, 1998, p.35.
- 121 BLOISE, Walter. *A Responsabilidade Civil e o Dano Médico – Legislação, Jurisprudência, Seguros e o Dano Médico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997, p.88.
- 122 OLIVEIRA, J. M. Leoni Lopes de (org.). *Projeto do Código Civil*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1998, p.380.
- 123 Art. 425 do Projeto do Código Civil Brasileiro: “É lícito às partes estipular contratos atípicos, observadas as normas gerais fixadas neste Código”.
- 124 BAU, Marilise Kostelnaki. *O Contrato de Assistência Médica e a Responsabilidade Civil*. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1999, p.19.
- 125 PAGANO, Ana Cláudia de Carvalho. *A Saúde Pública em Face do Código de Defesa do Consumidor*. Rio de Janeiro: Mauad, 1998, p.54.
- 126 KFOURI NETO, Miguel. Op. cit., p.207.
- 127 PEREIRA, Caio Mário da Silva. Op. cit., p.12.

**Palavras-Chave:** erro médico, responsabilidade civil médica, dano, responsabilidade subjetiva e objetiva, contrato de trabalho

**Key Words:** malpractice, medical civil liability, damage work contract

# PRONTUÁRIO MÉDICO E O TEMPO DE ARQUIVAMENTO

Parecer CFM

## EMENTA

Microfilmagem dos prontuários médicos - Destino a ser dado aos originais que após 5 (cinco) anos poderão ser destruídos - Tempo de guarda dos prontuários - Revogação da Resolução CFM nº 1.331/89.

O ilustre provedor da Santa Casa de Misericórdia de Suzano/SP consultamos sobre a seguinte questão:

*Após a microfilmagem, cujos originais e cópias se encontrem comprovadamente nítidos e assegurem a leitura do prontuário médico, poderá este documento ser destruído após a lavratura do termo e revisão não importando o tempo de atendimento do paciente?"*

Instado a responder esta consulta, fez-se necessária uma pesquisa bibliográfica. Dentre tantos pareceres destaca-se o Parecer-Consulta CFM nº 493/87, do ex-conselheiro federal Duilton de Paola, que buscou e relacionou legislações pertinentes:

*"(...) Quanto ao tempo de arquivamento de prontuários, o que pode servir como parâmetro, pela inexistência de regulamentação específica, é o seguinte:*

Regulamento do Imposto de Renda: artigos 711/715, aprovado pelo Decreto nº 85.450, de 4.12.80, estabelecendo o prazo de cinco anos para a prescrição da ação.

Consolidação das Leis do Trabalho: art. 11 - "Não havendo disposição especial em contrário nesta Consolidação, prescreve em dois anos o direito de pleitear a reparação de qualquer ato infringente de disposição nela contido."

Código Tributário Nacional: art. 174 - "A ação para cobrança de crédito tributário prescreve em cinco anos contados de sua constituição definitiva."

Código Civil: art. 177 - "A prescrição das ações pessoais operar-se-á em vinte anos."

Código de Ética do Hospital Brasileiro: editado pelo Conselho Nacional de Ética e Procedimentos Hospitalares propôs cinco anos. (...)"

Quanto ao tempo de arquivamento dos prontuários médicos, encontramos:

Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente:

*"(...) Art. 10 - Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:*

*l - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; (...)"*

Lei nº 9.434/97 - Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências:

"(...) Art. 3º - § 1º - Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos: 5º, 7º, 9º, §§ 2º, 4º, 6º, 8º e 10º, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos. (...)"

Resolução CFM nº 1.331/89:

"(...) Art. 2º - Após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas. (...)"

O professor Genival Veloso de França assim dispõe sobre o assunto:

*"Tempo de guarda de informações. Embora não exista nenhuma informação no que se refere ao tempo de manutenção dos registros médicos de um paciente, acreditamos que cada setor de especialidade deva estabelecer seus próprios critérios de guarda desses dados. É necessário que se considerem as informações de interesse permanente e as de interesse transeunte, de doenças cíclicas, de seqüelas grosseiras e as de cura permanente. Os dados relativos aos registros secundários, capazes de identificar o paciente, deverão ser mantidos, em média, por um período de cinco anos. E se antes desse prazo o registro secundário for desnecessário e indesejável, deve ser apagado do sistema". (Direito Médico. 4ª edição. Fundo Editorial BYK. São Paulo. 1987. P. 123).*

O prontuário médico é o conjunto de documentos destinados ao registro de todas as informações referentes ao paciente, sendo documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde. Constitui, assim, elemento valioso para o paciente, o médico e a instituição que o atende, bem como para o ensino e a pesquisa.

Por tal característica, o prontuário médico pode ser posteriormente utilizado pelos interessados como meio de prova até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça.

Nesse sentido, Caio Mário da Silva Pereira afirma:

*"(...) Salvo nos casos de disposição especial em contrário (como caso de acidente do trabalho) vigora em matéria de responsabilidade civil a prescrição longi temporis, subordinada ao princípio segundo o qual as ações pessoais prescrevem ordinariamente em 20 (vinte) anos (Código Civil, art. 177) (...)" (Responsabilidade civil de acordo com a Constituição de 1988. 8ª edição. Editora Forense. Rio de Janeiro. 1996. P. 339).*

Tal entendimento baseia-se na Lei nº 5.433 de 8 de maio de 1968, regulamentada pelo Decreto nº 1.799/96, que prevê em seu artigo 1º o seguinte:



“Art. 1º - É autorizada, em todo o território nacional, a microfilmagem de documentos particulares e oficiais arquivados, estes de órgãos federais, estaduais e municipais.

§ 1º - Os microfilmes de que trata esta Lei, assim como as certidões, os translados e as cópias fotográficas obtidas diretamente dos filmes produzirão os mesmos efeitos legais dos documentos originais em juízo ou fora dele.

§ 2º - Os documentos microfilmados poderão, a critério da autoridade competente, ser eliminados por incineração, destruição mecânica ou por outro processo adequado que assegure a sua desintegração.

§ 3º - A incineração dos documentos microfilmados ou sua transferência para outro local far-se-á mediante lavratura de termo de autoridade competente, em livro próprio.

§ 4º - Os filmes negativos resultantes de microfilmagem ficarão arquivados na repartição detentora do arquivo, vedada sua saída sob qualquer pretexto.

§ 5º - A eliminação ou transferência para outro local dos documentos microfilmados far-se-á mediante lavratura de termo em livro próprio pela autoridade competente.

§ 6º - Os originais dos documentos ainda em trânsito, microfilmados, não poderão ser eliminados antes de seu arquivamento.

§ 7º - Quando houver conveniência, ou por medida de segurança, poderão excepcionalmente ser microfilmados documentos ainda não arquivados desde que autorizados por autoridade competente.”

A referida lei acima citada possibilitou que todos os documentos, públicos ou particulares, sejam microfilmados, tendo para tanto, desde que obedecidos os critérios de microfilmagem previstos no Decreto nº 1.799/96, os mesmos efeitos dos originais, seja para utilização em juízo ou fora dele.

Atualmente, o desenvolvimento tecnológico possibilita que os documentos sejam arquivados de maneira sintética, não necessitando, desta forma, o arquivamento de todos os documentos originais.

A Resolução CFM nº 1.472/97 determina que as lâminas dos laudos citopatológicos ou anatomopatológicos sejam arquivadas por 5 (cinco) anos.

Nos dias de hoje, o prontuário chamado de eletrônico já é realidade e fruto de estudos por uma comissão constituída por este Conselho Federal de Medicina - ainda em andamento e não tendo, portanto, definição quanto ao tempo de armazenamento.

Entendo que a Resolução do CFM nº 1.331/89, que preconiza a guarda de documentos por, no mínimo 10 (dez) anos, deva ser revogada, pois já não mais atende à modernidade dos recursos eletrônicos de manutenção e guarda dos documentos constantes do prontuário.

Embora o parecer da douta Assessoria Jurídica seja pela manutenção do prazo de 10 (dez) anos e considerando-se o interesse que possa advir destas informações, bem como a possibilidade de a microfilmagem ter a mesma validade de um documento original, este parecerista acredita que o prazo de

5 (cinco) anos após a última anotação é suficiente para o arquivamento dos documentos originais. Assim sendo, proponho o estudo de nova resolução com esse prazo e a revogação da Resolução do CFM nº 1.331/89, na qual a partir de 10 (dez) anos do último atendimento, após serem microfilmados, os documentos originais poderão ser destruídos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de julho de 2000.

Roberto Luiz D'Ávila  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 6979/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/9/2000

**Palavras-Chave:** prontuário médico, tempo de arquivamento, microfilmagem, destruição de prontuário.

**Key-Words:** medical record, period of archiving, microfilming record, discharge

## REINO UNIDO

### Denúncia de retirada ilegal de órgãos

Autoridades da área de saúde do Reino Unido afirmaram ontem que iriam responder a cerca de 6 mil inquéritos com denúncias de que órgãos e amostras de tecidos tenham sido retirados de seus parentes mortos sem autorização. Os hospitais do país viram-se cercados por aproximadamente 20 mil inquéritos sobre o tema. Os processos começaram a se multiplicar em todo o país depois da publicação de um relatório em janeiro segundo o qual havia cerca de 50 mil partes de corpos estocadas em instituições médicas do país.

Gazeta do Povo  
28/04/01

# NÃO COMPETE AS SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES PUNIR ASSOCIADOS POR INFRAÇÕES ÉTICAS

Parecer CFM

## EMENTA

Não é competência das Sociedades Científicas de Especialidades julgar e penalizar seus membros associados por possíveis infrações éticas, pois tal atribuição pertence, por força de lei, aos Conselhos de Medicina.

Em resposta à consulta ética proveniente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, que tem como interessado o dr. Luiz Carlos Rocha, presidente da Sociedade Brasileira de Urologia/Secção do Paraná e está relacionada a matérias jornalísticas divulgadas na imprensa daquele estado, onde o dr. Sérgio Bassi, especialista em Urologia - julgado pela Sociedade Brasileira de Urologia - divulga informações sobre pesquisas relacionadas ao mapeamento genético do câncer de próstata, passo a tecer as seguintes considerações:

A leitura cuidadosa das cópias dos textos (páginas 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18 e 19 do expediente 721/2000) publicados na imprensa do Paraná tem alguns destaques que, inapelavelmente, despertam a atenção.

As declarações do dr. Sérgio Bassi, insistentes e repetitivas quanto à participação de instituições e médicos estrangeiros no referenciamento da pesquisa, ao invés de notabilizarem o projeto denotam uma relação colonial, implícita na subalternidade, na submissão, na dependência interposta aos encantamentos do merchandising e das vitrines coloridas do Primeiro Mundo.

De outra forma, factóides tais como (...) "técnicas de tratamento que podem salvar o paciente de câncer da próstata. Uma delas é a Braquiterapia, que chega a Curitiba hoje, pelas mãos dos médicos urologistas José Edson Pontes e Sérgio Bassi" (...) (O Estado do Paraná, Pg. 13, 8 de julho de 1998); (...) "Curitiba pesquisa a cura do câncer" (...) (reportagem de 14 de dezembro de 1997); (...) "Urologista de Miterrand cria empresa em Curitiba". (reportagem de 8 de julho de 1998) (...); "Destaque em Urologia: Sérgio Bassi" (...) e ainda outras frases em linguagem propagandística, todas elogiosas ao próprio dr. Sérgio Bassi, corroboram um sensacionalismo implícito, que, invariavelmente, promovem o nome do médico utilizando, como instrumento, um trabalho científico supostamente sério e sustentado por instituições além-mar.

Concordo integralmente com o parecer do conselheiro Luiz Sallim Emed, do Conselho Regional do Paraná, de que: "(...) as Comissões de Ética não têm a prerrogativa de aplicar penas disciplinares. Sua função é, após receber queixa ou denúncia, instaurar sindicância e, se houver indício de infração ética, encaminhá-la ao competente CRM, que abrirá ou não Processo Ético-Profissional, onde o amplo direito de defesa e contraditório serão garantidos ao denunciado."

A Sociedade Brasileira de Urologia ou uma outra sociedade médica qualquer não poderia fazer aquele ou qualquer outro julgamento, muito menos por via postal. Utilizar o Correio para julgar a atitude ética de um profissional médico é inadmissível. É injusto. É casuísmo. É ilegal.

## **PARECER**

Apreciando a indagação do CRM/PR, entendo que este CFM deve manifestar-se àquele Regional nos seguintes termos:

Não é competência das Sociedades Científicas de Especialidades julgar e penalizar seus membros associados por possíveis infrações éticas. Tal prerrogativa pertence, por determinação legal, aos Conselhos de Medicina.

Entretanto, os casos de transgressão ao regimento interno e/ou estatutos das Sociedades, após o devido processo administrativo com amplo direito de defesa e do contraditório, podem ser julgados pelas mesmas, podendo ser aplicadas as penas previstas nesses estatutos e/ou regimentos.

Sugiro, também, que o CFM entre em entendimento com a AMB, através do Departamento das Especialidades, para discutir junto às Sociedades Científicas das Especialidades uma nova regulamentação quanto às suas atuais Comissões de Ética, transformando-as em comissões disciplinares que avaliem e julguem a atuação de seus associados no tocante as suas condutas frente aos Regimentos Internos e/ou Estatutos das referidas sociedades científicas.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 1º de setembro de 2000.

José Hiran da Silva Gallo  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 721/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/1/2000

**Palavras-Chave:** julgamento ético, competência ética de Sociedades, comissões disciplinares

**Key-Words:** ethical judgment, ethical medical societies limits

# **CURSO DE TECNOLOGIA EM RADIOLOGIA DE NÍVEL SUPERIOR E SUAS LIMITAÇÕES**

Parecer CFM

## **EMENTA**

Curso de Tecnologia em Radiologia, de nível superior, mesmo que venha a ser legalizado, não confere ao seu diplomado o direito de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos na área de imagem, ambos privativos da profissão médica.

## **INTRODUÇÃO**

Através de ofício CFM nº 424/2000, de 4/2/2000, fui designado para emitir parecer sobre matéria enviada pelo CRM/MG, relacionada à criação de curso superior de Tecnologia em Radiologia.

## **DOS FATOS**

Em 26/8/99, o delegado regional do Conselho Regional de Medicina de Montes Claros/MG encaminha àquele Regional denúncia firmada por dois médicos radiologistas referente a abertura de vestibular para curso superior de Tecnologia em Radiologia, na CEFET/MG. Os denunciantes solicitaram providências do CRM, no sentido de sustar o vestibular, ao mesmo tempo em que sugerem, por parte do Conselho Regional, a seguinte apuração:

*“Diante dos fatos, entendendo que tal concurso vestibular para tecnólogo de terceiro grau pode vir certamente a conflitar com a especialidade dos médicos radiologistas, permitindo-se que profissionais sem a devida graduação em medicina e sem residência médica para fins de especialização possam vir, de forma independente, a exercer as mesmas atividades que os médicos radiologistas e ultra-sonografistas, resta imprescindível a urgente atuação deste Conselho visando apurar:*

- condições previstas no edital, inclusive:
  - grade curricular
  - conteúdo programático, corpo docente
  - pré-requisitos para os discentes no que se refere à prévia formação universitária
  - prova de adequação do curso às normas da nova LDB e legislação que regulamenta a profissão médico
  - normas do Conselho Federal quanto à especialidade médica em radiologia
  - prova de legalização do curso perante o Conselho Nacional de Educação e MEC

*Não é demais ressaltar que o caso é de extrema gravidade tanto para os profissionais médicos radiologistas e ultra-sonografistas como para os pacientes em geral, caso o curso em questão não esteja de acordo com as leis regulamentadoras da especialidade médica em radiologia.”*

Em setembro/99, ante tal fato, o presidente do CRM/MG designou o cons. José Geraldo Drumond como sindicante para emitir parecer sobre a denúncia formulada pelos colegas radiologistas supracitados - o qual foi apreciado em novembro/99 pela Câmara de Consulta, que decidiu encaminhar a denúncia ao CFM.

### **PARECER**

O curso superior de Tecnologia em Radiologia, proposto pela CEFET/MG, não está incluído entre os cursos seqüenciais de Ensino Superior previstos na Lei nº 9.394/86, que estabelece as Diretrizes e Bases de Educação Nacional, normatizada pelo Ministério da Educação através da Portaria nº 612/99 e Resolução nº 1, de 27/1/99, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. A resolução do MEC também não prevê cursos seqüenciais nas áreas de Medicina e Direito (art. 3º, parágrafo 2º), caracterizados como ilegais. A prática de qualquer atividade necessita reconhecimento em lei, com a exigência de registro no Conselho Profissional específico, situação que permite a legalização do exercício profissional. Aos Conselhos de Medicina cabe registrar, para a legalização da atividade médica, apenas os egressos de escolas médicas oficializadas no país, não devendo, portanto, aceitar o reconhecimento de nenhuma outra atividade relacionada à área médica, diferente da obtida no curso de Medicina.

Os conhecimentos adquiridos no proposto curso de Tecnologia em Radiologia, não credencia seus egressos ao exercício da atividade profissional praticada por médicos radiologistas, cujo aprendizado é feito em nível de graduação, no curso de Medicina, e de treinamento especializado, nos cursos de pós-graduação da área médica, como, por exemplo, Residência Médica, Mestrado ou Doutorado.

Por fim, entendo ser papel dos Conselhos Regionais de Medicina manterem-se vigilantes quanto a esses cursos seqüenciais de ensino superior, na área da Medicina, nos estados onde os mesmos venham a ser oferecidos, denunciando sua ilegalidade e, juntos com o CFM, lutar por todos os meios possíveis pela não efetivação desta proposta pois a mesma não está, repito, prevista, para a área da Medicina.

Este é o parecer, SMJ.  
Brasília, 26 de junho de 2000.

Silo Tadeu S. de H. Cavalcanti  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 11.849/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/1/2001

**Palavras-Chave:** radiologia, curso de tecnologia em radiologia, tecnologia em radiologia, radiologia médico

**Key-Words:** radiology, technical radiology course, radiologist

# LAUDOS, PARECERES E ATESTADOS EMITIDOS POR FISIOTERAPÊUTA - LIMITAÇÕES

Parecer CFM

## EMENTA

Atestados para afastamento do trabalho só podem ser emitidos por médicos ou, em casos específicos, por odontólogos.

A Assessoria de Assuntos Internos da Guarda Municipal da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro envia consulta a este Conselho solicitando manifestar-se quanto a competência do profissional fisioterapeuta para emitir atestados médicos prescrevendo dispensa do serviço. Envia cópia de atestado fornecido a Guarda Municipal e emitido por fisioterapeuta e cópia do *perfil profissiográfico do fisioterapeuta*, elaborado pela Comissão de Educação do COFFITO, onde no item "L" relata habilidades para "emitir laudos, pareceres e atestados".

Em anexo, atestado médico em papel timbrado do Sistema Unificado de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro, emitido por fisioterapeuta.

O sistema da Previdência Social Brasileira é regulamentado pela Constituição Federal; pela Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei nº 8.212/91); Lei complementar nº 70/91; Regulamento da Organização e Custeio da Seguridade Social (Decreto nº 612/92) e Lei dos Planos de Benefício (Lei nº 8.213/91).

A Portaria MPAS nº 1.722, de 25 de julho de 1979, explicita:

"O documento hábil de dispensa do serviço por doença, fornecido ao segurado, será emitido por médicos do INAMPS, de Empresas, Instituições Públicas e Paraestatais que mantenham firmado contrato e/ou convênios com a Previdência Social; e por odontólogos, nos casos específicos relacionados com a especialidade, sejam estes do INAMPS, de Empresas, Instituições Públicas e Paraestatais que mantenham contrato e/ou convênios com a Previdência Social."

Entendo que o fisioterapeuta ainda que tenha habilidades para emitir laudos, pareceres e atestados, estes, quando para efeito de afastamento do serviço, são prerrogativa de médicos, e nos casos específicos, dos odontólogos, de acordo com a legislação vigente.

Entendo que, de acordo com a lei, somente os médicos têm o direito de diagnosticar doenças e emitir o correspondente atestado.

Por fim, entendo, como o conselheiro Acácio, que atestados médicos só podem ser atestados por médicos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 28 de junho de 2000.

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 2622/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/1/2001

**Palavras-Chave:** atestado médico, atestado de fisioterapeuta, limitações de atestado, declaração de fisioterapeuta, ausência em trabalho

**Key-Words:** medical certificate, physiotherapist certificate, certificate limits, work absence

### **Planos pagarão por erro médico**

#### **Paciente ganha ação em primeira instância contra Unimed e obstetra**

Brasília (AE) - Os ministros da 3ª turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiram que empresas de plano de saúde também devem responder por erros cometidos por médicos e hospitais credenciados. Os ministros mantiveram por unanimidade o resultado do julgamento que condenou a Unimed Belo Horizonte a indenizar uma paciente vítima de um erro de um obstetra.

O médico e o hospital eram conveniados da Unimed Belo Horizonte. Segundo o STJ, por negligência médica, foi esquecida uma compressa de gaze no corpo da paciente, que apodreceu.

Posteriormente, ao ser retirada a compressa, o intestino foi perfurado. De acordo com o tribunal, Marília sofreu lesões na alça intestinal e teve de fazer tratamento médico, durante meses.

Inconformada com as seqüelas estéticas e funcionais, a paciente encaminhou à Justiça uma ação de indenização contra a Unimed, o hospital e o médico.

Na justiça de 1ª Instância, Marília conseguiu garantir uma indenização de 200 salários mínimos por dano moral (R\$ 30,2 mil), 140 salários por danos físicos (R\$ 21,14 mil) e igual montante pelo período em que ficou incapacitada para trabalhar, além de juro e correção monetária.

Transcrito da Gazeta do Povo

17/3/01



# IRIDOLOGIA NÃO É PRÁTICA MÉDICA

Parecer CFM

## EMENTA

A chamada iridologia não faz parte da prática médica: assim, a Medicina não reconhece o diagnóstico iridológico.

O dr. Benedito Carlos Weltson remete mensagem ao Conselho Federal de Medicina solicitando informação sobre a validade científica do diagnóstico pela análise da íris. Pergunta: "O laudo diagnóstico iridológico possui valor na perícia médica? Qual a capacitação mínima para ser professor de Iridologia".

No Processo-Consulta nº 500/90, o CRM-MG enviou consulta formulada pelos drs. Iscandar Hallak e Luiz Antonio Fadel a propósito de "iridologia naturalista" que estaria sendo praticada por uma pessoa não-médica, auxiliada por uma médica.

O dr. Nilo Fernando Rezende Vieira emite parecer aprovado em Sessão Plenária de 8/3/91, em que assim se pronuncia acerca da Iridologia:

"Teria sido descoberta pelo dr. Von Peczely, de Budapeste, e seria a ciência que tem como objetivo o estudo da íris, para descobrir nelas as características de uma pessoa. A iridodiagnose seria a ciência que revela desordens patológicas e funcionais do corpo humano, por meio de linhas e pontos anormais e descolorimento da íris. Esta ciência seria fundamentada em existência de conexão nervosa, direta ou indiretamente, com todas e com cada uma das partes do corpo. Seria possível, através dessa ciência, criar a chave iridológica onde cada órgão seria representado. Não tenho dúvida em afirmar não estar nenhuma de suas afirmativas corroboradas no conhecimento científico atual."

Não reconhecendo o Conselho Federal de Medicina a Iridologia como atividade da prática médica, os demais quesitos apresentados pelos consulentes não têm resposta.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 4 de agosto de 2000

Pedro Pablo Magalhães Chacel  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 5064/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/1/2001

**Palavras-Chave:** iridologia, prática não médica, iridologia naturalista

**Key-Words:** iridology, non-medical routine, naturalist iridology

# FATOR MODERADOR E FATOR REDUTOR ECONÔMICO DE EXAMES COMPLEMENTARES NAS COOPERATIVAS MÉDICAS

Parecer CFM

## EMENTA

O médico, para melhor servir ao paciente, deve ter autonomia e liberdade no exercício de sua profissão. Se houver, por parte de algum, pedidos reiterados de exames considerados desnecessários e com indícios de procedimento doloso, deve tal fato ser levado ao conhecimento do Conselho Regional competente, sem prejuízo de medidas que possam ser adotadas com base em regras internas da instância prejudicada, respeitado o princípio constitucional de defesa. Mas fere a Ética Médica a limitação de procedimentos permitidos ao médico (fator moderador), sendo também anti-éticas as medidas punitivas que lhe possam ser impostas quando ultrapassados os limites estabelecidos como estatisticamente aceitáveis (fator redutor).

## APRESENTAÇÃO

Em 11 de maio de 1999, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas consultou o Conselho Federal de Medicina sobre a Resolução CONAD nº 003/98, da UNIMED - Maceió, que dispõe sobre mecanismos reguladores da quantidade de exames complementares e seus efeitos negativos sobre a UT, mecanismos esses designados "fator moderador e fator redutor".

Na referida resolução, argumentam seus autores que o (suposto) excesso de exames complementares traz insatisfação aos cooperados e danos à cooperativa. Arguem (os dirigentes da Unimed) a necessidade de fixação de critérios internos para equacionar a questão no âmbito da Unimed - motivo pelo qual a medida se torna necessária.

O CREMAL, consulente dessa matéria, justifica-se lembrando que as "Unimeds estão presentes em outros estados e que, por isso, o Conselho Regional precisa de um posicionamento nacional acerca da referida legislação."

## PARECER

Ao compulsar a Resolução CONAD nº 003/98, verifica-se que o Conselho de Administração da UNIMED - Maceió, devido ao alegado aumento dos exames complementares e seus efeitos negativos sobre a UT, resolveu adotar, tomando por base a média de cada setor, limites para a solicitação de exames pelos médicos cooperados. Tais limites (fator moderador), se ultrapassados, provocarão descontos percentuais na produção do médico que os determinar - mecanismo chamado (fator redutor).

Analizamos a matéria do ponto de vista da ética normativa, orientando-nos pelas regras contidas no Código de Ética Médica, instrumento legal que contém e define o âmbito de nossa competência.

## 1 - Código de Ética Médica

### 1 - *Princípios Fundamentais*

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

Art. 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

### 2 - Direitos do Médico

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país.

### 3 - Relação com Pacientes e Familiares

(É vedado ao médico)

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

### 4 - Remuneração Profissional

(É vedado ao médico)

Art. 96 - *Reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.*

Como se vê, todos estes preceitos consagram a autonomia profissional do médico. Assim, como princípios do Código de Ética não podem ser violados, porque se o fossem provocariam a negação de um dos fundamentos mais fortes da medicina: a soberania dos que dela fazem trabalho e profissão.

Se o médico goza de presunção do saber e se recai sobre ele a responsabilidade pelo resultado de sua conduta, justo se torna respeitar sua maneira de agir. O condicionamento ou limitação de uma forma de trabalho tira àqueles que o realizam a dignidade e o respeito que lhes são devidos, independente da profissão exercida. Não obsta a este juízo a circunstância de a restrição ser feita por ameaça de redução de ganhos, porque essa forma de penalização, além de cerceamento, produz humilhação.

No artigo 96, acima citado, vê-se que o Código de Ética preocupa-se com esse modo de procedimento, terminantemente proibindo:

“Reduzir (...) a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios”

Essa proteção dada ao trabalho do médico é importante, válida e necessária. Não apenas para o profissional, mas também para o paciente.

No entanto, essa validade só prevalece quando se consideram os médicos como *categoria universal* de profissionais honestos, eficientes, corretos. Mas esta generalidade, infelizmente, não pode ser feita em nenhum contexto humano.

Do imenso contingente de médicos dignos, esforçados e mal pagos - inclusive por UNIMEDS - destacam-se as restritas exceções daqueles que fogem dos padrões da medicina séria, valendo-se de expedientes condenáveis para aumentar proveitos e pecúnia, justificando-se com o argumento das baixas remunerações. Se os pagamentos são baixos, como todos reconhecem, condenável é o meio que consiste na realização de procedimentos exagerados, desnecessários, feitos ou pedidos sob qualquer pretexto ou justificativa. Na linguagem, isto chama-se *ilícito ético*; mas na legislação penal, *estelionato* (CP, art. 171).

O artigo 42 do CEM expressa:

*(É vedado ao médico) Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.*

Portanto, a liberdade profissional do médico não significa imunidade para que faça o que quiser, mas somente aquilo que lhe for possível sustentar e defender como necessário aos cuidados e benefícios do paciente. Respeitando o consagrado princípio da *obrigação de meios*, o médico responderá pelos danos que produzir no contexto da culpa. E se isto vale para proteger o paciente das condutas técnicas indevidas, mesmo que resultantes de impropriedades subjetivas inerentes ao ser humano, absurdo seria ignorar práticas abusivas e até dolosas relacionadas a procedimentos sôfregos que visam interesses de ganho material.

Feitas essas considerações, podemos colocar a questão em dois planos distintos:

1º - o médico, para desempenhar com responsabilidade o seu ofício, precisa de liberdade profissional;

2º - o médico, no exercício do seu trabalho, não pode exceder-se em atos desnecessários ao diagnóstico ou terapêutica dos seus pacientes.

## CONCLUSÃO

Na essência desta consulta, encontra-se o eterno conflito do interesse humano.

Cooperativas são organizações mutualistas surgidas de louváveis motivações e conveniências.

As cooperativas médicas, em princípio, são ou deveriam ser estruturas solidárias do esforço médico para desempenhar com eficiência o trabalho a que se propõem. São, ou deveriam ser, democráticas. São, ou deveriam ser, transparentes. Os médicos que as integram (cooperados) devem ou deveriam nelas encontrar uma fortaleza para o seu trabalho, inclusive para competir num mercado em que atuam, de modo hegemônico, organizações de outra natureza, mas filosoficamente mercantilistas e dominadas por investidores alheios aos compromissos da medicina.

Causa tristeza ver em muitas cooperativas médicas conflitos e pleitos de natureza semelhante aos que se encontram em planos e seguradoras de saúde.

A concepção dos fatores moderador e redutor apontam para a existência de irregularidades que devem ser interativas e danosas, a ponto de causar preocupação aos dirigentes da UNIMED - Maceió e levá-los à adoção das providências engenhosas que conceberam.

Não se pode impedir as providências adotadas por dirigentes de organizações ou empresas com vistas à consecução de resultados favoráveis aos objetivos para que foram criadas, desde que tais ações não conflitem com dispositivos legais. Todas as organizações humanas, por mais simples que sejam, subordinam-se às leis que valem para todos, embora concebam e apliquem, por necessidades específicas, suas *leges internae corporis*. E mesmo que estas últimas não existissem de modo explícito, ainda assim restariam, para ajudar a resolver dificuldades, outros pilares sólidos do Direito: costumes, analogia, princípios gerais.

Essas considerações pretendem trazer-nos a possibilidade de concluir:

1º - Uma empresa, que se dedica à prestação de assistência à saúde, ao negar autorização para um cuidado ou tratamento, responderá por conseqüências danosas - se essas ocorrerem - tanto na esfera ética (quando médicos estiverem envolvidos) como no campo jurídico.

2º - A introdução de mecanismos tarifados na prática médica (como esses fatores concebidos pela UNIMED - Maceió) pode, ao limitar o trabalho do médico, acarretar prejuízos ao paciente, pois as restrições impostas poderiam privá-los dos cuidados devidos e indispensáveis.

3º - A liberdade profissional do médico não deve sofrer interferências, cerceamentos ou obstáculos. No entanto, o conhecimento certo ou a flagrância de atos contrários à lisura e boa prática da medicina autoriza até mesmo um outro médico comunicar tal fato à Comissão de Ética da instituição e, se necessário, ao próprio Conselho Regional de Medicina (Código de Ética Médica, art. 19).

4º - Toda fonte pagadora tem o direito de conferir e verificar o produto ou serviço pelos quais paga, presumindo-se a existência de uma relação contratual entre as partes.

No caso da medicina, as particularidades extraordinárias e profundas resultantes do produto vida exigem que a observância dessa regra seja extremamente cautelosa. Mas se houver evidência ou prova de que há delito, devem os atingidos ou controladores acionar procedimentos cabíveis contra o faltoso, punindo-o segundo regras previstas ou adotando providências de proteção aos interesses da coletividade qualificada ou do paciente, como sujeito universal de direitos. (Desnecessário referir que os acusados têm o direito de defesa, assegurado por remotos entendimentos das sociedades humanas).

Concluindo, afirmamos nossa opinião de que o expediente dos fatores de moderação e redutor são engenhosos mas contrários à ética médica, razão pela qual medidas de outra natureza devem ser postas em prática para inibir ou excluir das organizações sérias aqueles que colidem com seus propósitos e objetivos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 12 de dezembro de 2000.

Oliveiros Guanais de Aguiar  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 4038/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/2000

**Palavras-Chave:** fator moderador, fator redutor, cooperativa médica, limitação de exames complementares, Unimed, desconto de honorários, exames exagerados  
**Key-Words:** moderating factor, reducing factor, medical cooperatives, laboratory test limit, medical fees discount, excessive laboratory test

### **Aborto Autorizado**

#### **Interrupção de gravidez**

Embora o aborto seja permitido apenas quando é decorrente de estupro ou oferece risco de vida para a gestante, o Tribunal de Justiça de Porto Alegre abriu uma exceção. Concedeu autorização para que uma gravidez fosse interrompida porque o feto estava malformado.

A decisão foi da Câmara Especial Criminal do TJ de Porto Alegre, que autorizou o aborto de um feto malformado de quatro meses. O caso abre precedentes para situações semelhantes.

Apesar da autorização judicial, a intervenção não foi feita porque a mãe já havia tido o aborto natural.

A ação foi para o TJ depois que a juíza da 2ª Vara do Júri, Laís Ethel Corrêa Bias, negou a solicitação, em primeira instância. A juíza alegou que o aborto não estava garantido na lei.

A mãe teve aborto natural no fim de dezembro, mas pediu que o processo continuasse. O mérito da questão foi julgado na Sexta-feira (9/3).

Revista Consultor Jurídico.

Transcrito da Gazeta do Povo  
17/3/01

# A ÉTICA E OS PACIENTES TERMINAIS

José Eduardo de Siqueira\*

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente. A Ética Médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem um forte acento paternalista. Ao paciente cabe simplesmente obediência às decisões médicas, tal qual uma criança cumpre sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente desconsiderando-se os valores e crenças dos pacientes. Somente a partir da década de sessenta passada os códigos de ética profissionais passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo. À mesma época, a medicina passou a incorporar com muita rapidez um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que não é descabido dizer que torna-se quase impossível morrer sem a anuência do intensivista.

Cresceu enormemente o poder de intervenção do médico sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas como, por exemplo, os pacientes recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis através de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas U.T.I. passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas e que foram contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com freqüência, alcançava-se plena recuperação, para os crônicos pouco se oferecia além de um sobreviver precário e, as vezes, não mais que vegetativo. Fomos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade? Aprenderamos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995 no *Archives of Internal Medicine* (Hill T. P. *Arch Intern Med* 1995; 115:1265-9) mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis Escolas de Medicina norte-

---

\* Professor de Clínica Médica e Bioética da Universidade Estadual de Londrina, Doutor em Medicina com pós-doutorado em Bioética pela Universidade do Chile.

americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de Residência Médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestimava o conforto do enfermo terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. Adiávamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família. O estudo SUPPORT (*Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risk of Treatment* - Lynn J. *Ann Intern Med* 1997; 126:97-106) colheu informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos estava consciente nos três dias que antecederam a morte, 40% sofreu dores insuportáveis, 80% fadiga extrema e 63% teve extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional que experimentava. As evidências pareceram demonstrar que esqueceramos o ensinamento de Oliver Holmes que reconhecia como função do médico *“curar as vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre.”* Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade bio-psico-sócio-espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduziu à chamada obstinação terapêutica. Alguns alegando ser a vida um bem sagrado por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil sopro de vida. Um documento da Igreja Católica de maio de 1980 sobre Eutanásia assim considera a questão: *“É lícito renunciar a certas intervenções médicas inadequadas à situações reais do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida...”*

Em maio de 1991 o *Jornal Washington Post* publicou um artigo assinado pelo médico John H. Flashen com o título: *“Escolhendo Morte ou mamba na U.T.I.”* que bem define a situação de sofrimento que muitos doentes experimentam quando internados em nossas modernas Unidades de Terapia Intensiva. Relata o articulista, em história ficcional, a experiência que viveram três missionários religiosos quando aprisionados por uma tribo de canibais. Como forma de execução, o chefe tribal oferecera-lhes duas opções: morte ou mamba. Dois deles, sem saber o significado de mamba, a escolheram, na suposição que certamente seria melhor que morte, que bem conheciam. Souberam, então, que mamba era uma cobra venenosa cuja picada impunha enorme e insuportável sofrimento antes de culminar, após algumas horas, em morte. Viveram, assim, uma longa agonia antes do desenlace final. Após presenciar o insólito sofrimento dos companheiros, o terceiro missionário rogou ao chefe indígena que lhe concedesse a morte. Recebeu como resposta que a teria sem dúvida, porém, precedida de *“um pouquinho de mamba”*. A questão apresentada por Flashen aos médicos é sobre a quantidade da mamba imposta cotidianamente a inúmeros pacientes internados em U.T.I.

Lemos em *Eclesiastes*, redigido provavelmente no séc III a.C.: *“Tudo tem*



seu tempo, o momento oportuno para todo propósito debaixo do sol. Tempo de nascer, tempo de morrer" (Ecl 3, 1 e 2). Inevitavelmente cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível é missão daqueles que assistem aos pacientes terminais. Um grave dilema ético se apresenta hoje para os profissionais de saúde se refere a quando não utilizar toda tecnologia disponível. Jean Robert Debray em seu livro "*L'acharnement thérapeutique*" assim conceitua obstinação terapêutica: "*Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados*". "Essa batalha fútil travada em nome do caráter sagrado da vida parece negar a própria vida humana naquilo que ela tem mais essencial que é a dignidade.

Finalizamos essa reflexão sobre a assistência médica a pacientes terminais, propondo um desafio, especialmente dirigido aos hospitais universitários. Por que não oferecer, além de unidades de alta tecnologia médica, um serviço de cuidados paliativos com assistência multidisciplinar? Profissionais de diferentes áreas do saber acadêmico integrados para proporcionar um atendimento ao paciente e sua família nesse período crucial da vida. Cicely Saunders, médica inglesa que criou em 1967 o primeiro serviço com as características acima apontadas e o denominou "*hospice*"; teve seu exemplo seguido em vários países, lamentavelmente não no Brasil. Hoje, na Inglaterra existem mais de dois mil e quinhentos leitos destinados para o atendimento de doentes terminais. A revista *Newsweek* de março de 1988 estimou que 35% dos cento e quarenta mil pacientes ingleses portadores de câncer é atendido em *hospices*.

No Brasil há muito que fazer, iniciando pelos aparelhos formadores que moldam profissionais com esmerada formação técnica e nenhuma ênfase humanística. Precisamos atentar para as observações de um dos maiores cardiologistas do séc. XX, Bernard Lown, que em seu primoroso livro: "*A arte perdida de curar*" exorta as faculdades de medicina para formarem profissionais mais sensíveis ao sofrimento e menos técnicos, menos "*oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas*", e mais profissionais humanos. Afinal, se estamos ao lado do ser humano ao nascer e no transcurso de sua vida, precisamos acompanhá-lo solidariamente no morrer, mas que a derradeira passagem respeite sua dignidade.

# RESGATE AEROMÉDICO E O VISTO MÉDICO TEMPORÁRIO

Parecer CFM

## EMENTA

A presença do médico é obrigatória nos serviços de atendimento pré-hospitalar realizados em aeronaves de transporte aeromédico.

## DA CONSULTA

O chefe do DSAD-DPRF-DF, Dr. Geraldo Alvarez Salvatierra, através de fax datado de 5 de dezembro de 2000, protocolizado no CRM/AC sob o nº 977/00, solicita orientações e esclarecimentos sobre resgate aeromédico.

Informa que, em breve, a Polícia Rodoviária Federal estará atuando nas rodovias federais com atendimento pré-hospitalar, onde serão utilizadas ambulâncias e helicópteros.

As suas principais dúvidas são as seguintes:

1 - É obrigatória a presença de médico nas aeronaves de resgate aeromédico?

2 - Podemos começar, como experiência, em Santa Catarina durante o próximo verão?

3 - Como proceder para atuação temporária de médico em outra jurisdição?

Ao tempo em que faz questionamentos, o Dr. Geraldo Salvatierra faz algumas ponderações:

*Nas aeronaves de transporte médico (classe E), de acordo com a Resolução nº 1.529/98, deverá existir o mesmo equipamento das ambulâncias de suporte avançado (classe D) não sendo obrigatória a presença do médico e, por analogia, dos equipamentos; os helicópteros seriam ambulâncias voantes, que não seria obrigatória a presença do médico.*

A Polícia Rodoviária Federal prestará serviços à comunidade, socorrendo acidentados em rodovias federais.

Entendemos que a maioria das exigências das resoluções do CFM a respeito da APH visam as empresas particulares.

*Caso seja autorizada a experiência em Santa Catarina sem a presença de médico nas aeronaves, os médicos Geraldo A. Salvatierra, CRM/DF 2575, e Antônio Carlos Hensi Rassele, CRM/SC 726, seriam responsáveis pelo serviço. Como proceder para atuar em outra jurisdição temporariamente?*

## DO PARECER

A aprovação das Resoluções CFM nºs. 1.529/98 e 1.596/00 foi resultado de um processo onde várias entidades, inclusive de natureza policial, participaram ativamente. Foram resoluções construídas pela sociedade organizada após sucessivos debates e discussões.

A interpretação de que não é necessária a presença do médico nas ambulâncias tipo D, de acordo com a Resolução nº 1.529/98, não é correta, pois a equipe mínima desse tipo de ambulância é de 1 médico, 1 enfermeiro e 1 motorista.

Qualquer serviço de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico; portanto, a sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico. Esse serviço deve ser entendido como um sistema, onde deverá haver uma ação integrada entre profissionais e instituições. Jamais deve ser entendido isoladamente, mesmo no setor privado.

As resoluções do APH não foram elaboradas para o setor privado, elas contêm normas do serviço no Brasil, não importando se o mesmo é privado ou público.

Respondendo pontualmente aos questionamentos:

1 - A presença do médico nas aeronaves de resgate aeromédico é imprescindível e o serviço não poderá ser realizado sem a presença do mesmo. A Polícia Rodoviária Federal deverá estar integrada ao Sistema de APH local, que fornecerá o médico para a tarefa.

2 - A Polícia Rodoviária Federal poderá realizar a experiência desde que integrada ao sistema local, para que este forneça os médicos para as aeronaves.

3 - De acordo com Lei nº 3.268/57, o médico deve apresentar-se ao CRM onde irá atuar temporariamente, para ser autorizado ao exercício profissional pelo período máximo de 90 dias.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 11 de janeiro de 2001

Ricardo Froés Camargo  
Cons. Relator

Processo-Consulta CFM nº 10.289/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 11/01/2001

**Palavras-Chave:** resgate aeromédico, visto médico temporário, equipe de assistência completa

**Key-Words:** aeromedical rescue, complete assistencial staff, temporary medical authorization

# COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE VERIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Parecer CFM

## EMENTA

O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos já definidos na Resolução nº 1.480/97, por dois médicos, no mínimo, não participantes das equipes de remoção e transplante.

Inicialmente, o CFM foi instado a dar um posicionamento em relação ao Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "Dispõe sobre remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes (...)". Solicitava-se parecer e orientação acerca do parágrafo 1º do art. 16 do capítulo IV do citado decreto, que diz: "O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em Neurologia, reconhecido no país". Posteriormente, foi solicitada a este relator uma sugestão para resposta, que o fez no sentido de que entendia que a exigência do decreto era cerceadora do exercício profissional e que a equipe poderia ter neurologistas infantis, neurocirurgiões e intensivistas, sempre alertando para o cumprimento, em sua totalidade, da Resolução CFM nº 1.480/97. Foi então encaminhado ao consulente, pelo 1º secretário do CFM, ofício no seguinte teor: "informo que a equipe de morte encefálica deve ser composta preferencialmente de um neurologista. Caso isto não seja possível, deve ser substituído por um neurocirurgião ou um neurofisiologista clínico".

O conselheiro Hermann Alexandre V. Von Tiesenhausen faz então nova consulta solicitando que o CFM emita uma resolução para esclarecer definitivamente a questão, entendendo sua competência para definir os critérios clínicos e tecnológicos para confirmação de morte encefálica.

## PARECER

Entendo que a Lei nº 9.434/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante é perfeita quando no capítulo II, art. 3º, estabelece:

Art. 3º - A retirada *post-mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplantes ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

Em nosso entendimento, nada mais deveria ser acrescentado à lei, mas o Decreto nº 2.268/97, editado para regulamentar o § 1º do artigo 16 da referida lei dispôs: "O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios

clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em Neurologia, reconhecido no país”.

Entendemos que a exigência do profissional médico especializado em Neurologia impõe restrições ao procedimento, já que a própria lei não o fez. Complementarmente o Decreto nº 2.268/97 além de não regulamentar o assunto, usurpa a competência do Poder Legislativo e fere a hierarquia das leis, alterando uma norma superior (lei) a que deve subordinação. Mais grave ainda, fere a própria Constituição Federal que no inciso XIII do artigo 5º dispõe: “É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

Resta-nos dizer que no dia 16 de agosto de 2000, durante um seminário sobre transplantes (Políticas de fomento de captação de órgãos), este relator, representando o Conselho Federal de Medicina, defendeu nova redação para o parágrafo 1º do artigo 16 do Decreto nº 2.268/97, que assim ficaria: “O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo”.

Esta nova redação, se aceita, deveria vigorar sob a forma de medida provisória, juntamente com outras alterações na lei e no decreto em questão.

Entendo que as equipes de diagnóstico de morte encefálica podem ser constituídas por todo e qualquer profissional médico capacitado para a realização da tarefa, que conheça e domine todos os procedimentos descritos na Resolução CFM nº 1.480/97 e que, independente da especialidade, possa vir mesmo ser treinado e integrar a equipe.

Finalizando, quero esclarecer ao conselheiro do CRM/MG que o CFM não tem competência nem poder para fazer resolução que vá de encontro a Decreto Presidencial que os critérios clínicos e tecnológicos a que se refere a lei já foram definidos na Resolução CFM nº 1.480/97.

Este é o parecer , SMJ.

Brasília, 13 de setembro de 2000.

Solimar Pinheiro da Silva  
Cons. Relator

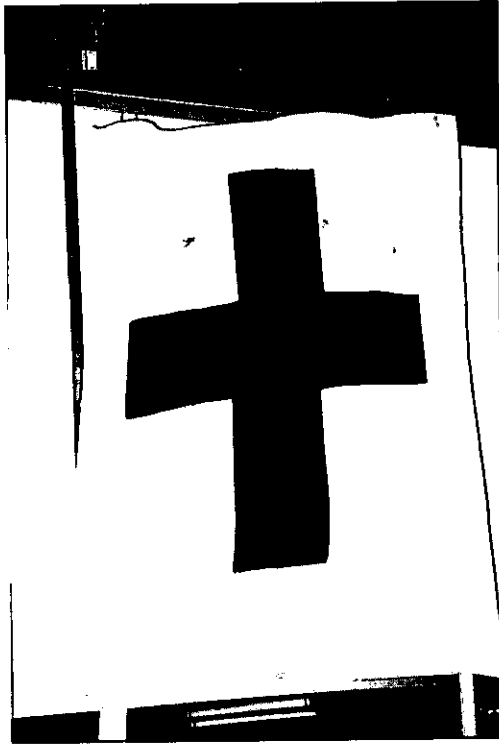
Processo-Consulta CFM nº 9692/99  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 13/12/2000

**Palavras-Chave:** morte encefálica, diagnóstico de morte encefálica, equipe diagnóstica de morte.

**Key-Words:** encephalic death diagnostic staff, encephalic death

# HISTÓRIA DA MEDICINA

Ehrenfried Wittig \*



## BANDEIRA HOSPITALAR

Esta bandeira foi confeccionada artesanalmente a pedido dos Drs. Alô Guimarães e Julio Moreira, quando médicos do exército, com a finalidade de identificar a casa onde estava localizado o Hospital Militar que serviria as forças armadas, sitiado em Ribeira, na revolução de 1930, por receio dos médicos que fosse bombardeado. 160x60cm.

Doador: Prof. Dr. Julio Moreira

**Palavras-Chave:** história da medicina  
**Key Words:** medical history

\* Diretor do "Museu de Medicina" da Associação Médica do Paraná.  
**Para doações,** ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 342-1415

## 1 - DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (DEFEP)

Presidente: Cons. Carlos Ehlke Braga Filho  
Cons. Antonio Carlos de Andrade Soares  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons. José Luis de Oliveira Camargo  
Cons. Kemel Jorge Chammas  
Cons. Marco Flávio Gomes Montenegro  
Cons. Sylvio José Borela

## 2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

Cons. Hécio Bertolozzi Soares  
Cons. Niazzy Ramos Filho  
Cons. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini

## 3 - COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS MÉDICOS (CODAME)

Cons<sup>a</sup>. Mônica de Biasi Wright Kastrup  
Cons. José Eduardo de Siqueira  
Cons<sup>a</sup>. Lúcia Helena Coutinho dos Santos  
Cons. Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Cons. Minao Okawa  
Cons. Sérgio Maciel Molteni

## 4 - COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Cons. Daebes Galati Vieira  
Cons<sup>a</sup>. Célia Inês Burgardt  
Cons. Luiz Antonio de Melo Costa

## 5 - COMISSÃO DE LICITAÇÃO (Obs.: Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)

Presidente: Cons. Roberto Bastos da Serra Freire

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Mariângela Batista Galvão Simão  
Func<sup>a</sup>. Maria Arminda de Souza  
Func. Martín Afonso de Palma

## 6 - COMISSÃO DE SEDE

Presidente: Cons. Wadir Rúpollo  
Cons. Cicero Lotário Tironi  
Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Cons. Gerson Zafalon Martins  
Cons. Kemel Jorge Chammas  
Membro nato do CRMPR: Luiz Carlos Sobania

## 7 - CORREGEDORIA DO CRMPR

Cons<sup>a</sup>. Raquele Rotta Burkiewicz

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)  
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)  
Dr. Guilherme Augusto Storer (Colaborador)  
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Suplente) (Licenciado em 30/12/2000)  
Dr. Altimar José Carletto (Suplente)  
Dr. Adail Rother Júnior (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CAMPO MOURÃO

Dr. Antônio Sérgio de Azevedo Rebeis (Presidente)  
Dr. Moacir Ciulla Porciúncula (Secretário)  
Dr. Antônio Carlos Cardoso (Colaborador)  
Dr. Dairton Luiz Legnani (Suplente)  
Dr. Manual da Conceição Gameiro (Suplente)  
Dr. Wilfredo Sérgio Sandy Saavedra (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE CASCAVEL

Dr. Keithe de Jesus Fontes (Presidente)  
Dr. Nelson Ossamu Osaku  
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário)  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)  
Dr. Moacir João Borquetti (Colaborador)

## DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Dr. Nilson Jorge de Mattos Pellegrini (Presidente)  
Dr. Luiz Henrique Zaiões (Secretário)  
Dr. Isidoro Antonio Villamayor Alvarez (Colaborador)  
Dr. Rovilson Ravagnani (Suplente)  
Dr. Nelson Antônio Barufati Filho (Suplente)  
Dr. Hildegardis Zacar (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Secretário) (Licenciado em 04/04/2000)  
Dr<sup>a</sup>. Alicar Danwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Vimond (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE LONDRINA

Dr. José Luis de Oliveira Camargo (Presidente)  
Dr. Edgar Luiz Westphalen (1º Secretário)  
Dr. João Henrique Steffen Junior  
Dr. Laércio Uemura  
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos  
Dr. Sylvio Carlos Silva Junior  
Dr. Adelmo Ferreira (Suplente)  
Dr. Edson Kenji Takaki (Suplente)  
Dr. José Eduardo de Siqueira (Vice-Presidente)  
Dr. Ludovico Pieri Neto (2º Secretário)  
Dr. Marcelo Agudo Carvalho de Mendonça (Suplente)  
Dr. Wanderley Zanotto Lopes dos Santos (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE MARINGÁ

Dr. Kemel Jorge Chammas (Presidente)  
Dr. Natal Domingos Gianotto (Vice-Presidente)  
Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa de M. C. Coimbra (1º Secretário)  
Dr. Mário Massaru Miyazato (2º Secretário)  
Dr. Minao Okawa  
Dr. Mário Lins Peixoto  
Dr. Aldo Yoshissuké Taguchi (Suplente)  
Dr. Giancarlo Sanches (Suplente)  
Dr. José Carlos Fernandes (Suplente)  
Dr. Luis Francisco Costa (Suplente)  
Dr. Oswaldo Rodrigues Truite (Suplente)  
Dr. Roberto Tanus Pazeilo (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)  
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1º Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2º Secretário)  
Dr. Antônio Motizuki (Suplente)  
Dr. César Augusto Macedo de Souza (Suplente)  
Dr. Pedro Soveral Bortot (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PONTA GROSSA

Dr. Achilles Buss Junior (licenciado em 05/07/99)  
Dr. Luiz Jacintho Siqueira (Presidente)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Secretário) (licenciado em 08/05/2000)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Margareth Zych (Suplente) (licenciada em 26/08/99)  
Dr<sup>a</sup>. Marli Cybulski (Secretária)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

Dr. Luiz Antônio de Mello Costa (Presidente)  
Dr. João Jorge Hellu (1º Secretário)  
Dr. Mauro Acácio Garcia (Colaborador)  
Dr. Guilherme Antônio Schmitt (Suplente)  
Dr. Luiz Carlos Cortes Derenusson (Suplente)  
Dr. Luiz Renato Ribeiro de Azevedo (Suplente)