

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

CORREIOS  
IMPRESSO ESPECIAL  
3600137001 - DR/PR  
CRM PR

IMPRESSO

v. 19 - n. 74 abr./jun. - 2002

**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 SUPLENTE**

Antonio Carlos de Andrade Soares  
Célia Inês Burgardt  
Cícero Lotário Tironi  
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. 19	n. 74	p. 57-112	Abr/Jun.	2002
---------------------------	----------	-------	-------	-----------	----------	------

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

## **ENDERECOS**

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**

14.400 exemplares

## **CAPA**

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

## **FOTOLITO E IMPRESSÃO**

SERZEGRAF  
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 3026-9460  
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. 19, n.74, 2002

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 Civil do Paciente - Erro Médico e Odontológico</b>	
Viviane Weingärtner .....	57
<b>Diagnóstico de Morte Encefálica</b>	
Parecer CFM .....	78
<b>Competência de Enfermeiro Para Prescrever Medicamentos, e/ou Solicitar Exames Complementares em Equipes de Saúde</b>	
Parecer CFM .....	85
<b>Fornecimento de Documentos de Pacientes a Delegados de Polícia, Promotores e Juizes Pelo Diretor Clínico</b>	
Parecer CFM .....	87
<b>Quando há Exigência do Título de Especialista</b>	
Resolução CFM .....	96
<b>Cadastro, Registro no CRM, Responsabilidade Técnica, Cancelamento de Empresas de Assistência Médica</b>	
Resolução CFM .....	99
<b>Portador de Deficiência Física Pode Candidatar-se a Concurso Público</b>	
Parecer CFM .....	104
<b>Tratamento de Distrofia Muscular Progressiva na Forma de Duchenne - Terapia de Transferências de Mioblastos</b>	
Resolução CFM .....	106
<b>História da Medicina</b>	
Ehrenfried Wittig .....	112

# RESPONSABILIDADE CIVIL DO PACIENTE ERRO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Viviane Weingärtner\*

## 1 – INTRODUÇÃO

A responsabilidade civil prevê que a cada dano causado corresponde uma indenização, desde que haja nexo de causalidade entre o agente causador e o dano causado. Dentro da área de Responsabilidade Civil do Médico/Odontológico, deve-se indenizar o dano causado ao paciente, desde que provado o nexo de causalidade entre a ação do médico/odontológico e o dano sofrido por aquele, do que chamamos de Erro Médico/Odontológico. Ocorre que, por muitas vezes, o dano sofrido pelo paciente não decorre de culpa médica/odontológica, mas sim, de uma ação deste paciente, a qual concorre para a causa do dano. Para estes casos, poderia ser classificada a culpa como culpa do paciente.

Dentro de uma ação de indenização por erro médico/odontológico, a culpa do paciente poderia enquadrar-se como excludente de responsabilidade do médico/odontológico. Todavia, esta excludente passa a ser causa de um dano: o dano sofrido pelo médico/odontólogo quando de uma ação de indenização julgada improcedente. A exposição do médico-odontólogo em um processo de erro médico/odontólogo repercute dentro de nossa sociedade, e esta repercussão é que causa danos ao médico/odontólogo. Numa ação de erro médico/odontológico, onde o julgamento é improcedente com base na culpa proveniente do paciente na ocorrência do fato danoso, faz-se desta decisão prova de responsabilidade civil do paciente perante o médico/odontólogo prestador do serviço.

Neste sentido, na visão de Jecé F. Brandão<sup>1</sup>, *“Nenhuma circunstância mancha e prejudica mais a imagem profissional do médico que a acusação de erro médico. Isto porque ele tem o seu prestígio e reconhecimento junto a sua comunidade embasados na confiança. Predicados como saber tecnocientífico, talento clínico, disponibilidade existencial e cidadania, constituem-se ingredientes essenciais para a formação e desempenho no trabalho clínico. Mas o que dá o diferencial é o quantum de confiança e respeitabilidade conquistados na lida diária anos a fio, freqüentemente, luta de toda uma vida. Por isso é que uma insinuação sequer de Erro Médico pode trazer prejuízos indelévels ao médico.*

No campo da responsabilidade civil ainda não foi prevista a responsabilidade civil do paciente, pois a responsabilidade médico/odontológica ainda está no início dos seus primeiros julgados. Pretende-se nesta monografia fazer uma primeira abordagem sobre a responsabilidade civil do paciente, enfocando a sua culpa no suposto erro médico/odontológico, enfocando-se a culpa do paciente.

No processo de erro médico/odontológico, o paciente pode vir a ser julgado culpado pelo dano que sofreu, quando comprovada a excludente da Responsabilidade Civil chamada “culpa da vítima”. Esta excludente poderá tornar-se requisito de ação de reparação de dano sofrido pelo médico, com a acusação do paciente de suposto erro médico/odontológico.

\*Advogada, residente em Curitiba. Monografia para título de pós-graduação. Curso de Direito Contemporâneo e suas Instituições Fundamentais do IBEJ. 2001. Curitiba. Recebido para publicação em abril de 2001

A culpa da vítima em uma ação de erro médico/odontológico é considerada excludente da responsabilidade, que faz do médico/odontológico inocente da acusação de erro médico/odontológico. Já em uma ação de reparação de dano movida pelo médico/odontológico contra seu paciente, esta excludente torna-se a prova do dano sofrido pelo médico.

Ao passar de excludente para culpa, a ação do paciente mostra a vulnerabilidade da pessoa humana, possibilitando que erros aconteçam, por mais inocentes que pareçam. O paciente não vai de caso pensado agir com culpa nos casos de erro médico, seria insano prejudicar a si mesmo para atingir um terceiro inocente.

O que tentaremos mostrar é que o paciente pode ser considerado culpado por seus atos, e ser levado a julgamento pelo médico que tentou incriminar de um erro médico do qual não tem culpa.

## 2 – RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO/ODONTÓLOGO

Antes de abordar a responsabilidade específica do paciente, deve-se fazer uma revisão das definições de responsabilidade civil.

Entre alguns autores obtemos algumas definições doutrinárias de responsabilidade civil, tais como a de Soudart<sup>2</sup> na qual responsabilidade civil é “*como o dever de reparar dano decorrente de fato de que se é autor direto ou indireto.*” Para Savatier<sup>3</sup>, responsabilidade civil é “*a obrigação de alguém reparar dano causado a outrem por fato seu, ou pelo fato das pessoas ou coisas que dele dependam.*”. Já para Serpa Lopes<sup>4</sup>, responsabilidade civil é “*a obrigação de reparar um dano, seja por decorrer de uma culpa ou de uma outra circunstância legal que a justifique, como a culpa presumida, ou por uma circunstância meramente objetiva.*”, Enquanto Irany Novah Moraes<sup>5</sup> define ser a responsabilidade “*a obrigação de assumir as conseqüências de ação própria ou, na dependência das circunstâncias, alheia. Assim, aquele que é o sujeito da ação poderá responder por ela perante as autoridades competentes, arcando com o ônus de suas decisões.*”.

Assim, pode-se concluir que onde houver uma obrigação a ser cumprida haverá a responsabilidade, em virtude da qual exige-se uma satisfação ou o cumprimento desta obrigação.

Mas dentro do direito civil, interessa-nos o conceito de responsabilidade civil, do qual temos do respeitado Plácido e Silva, talvez, a melhor definição para o termo: “*... em ampla significação, revela o dever jurídico, em que se coloca a pessoa, seja em virtude de contrato, seja em face de fato ou omissão, que lhe seja imputado, para satisfazer a prestação convencional ou para suportar as sanções legais, que lhe são impostas.*”

Desta forma, serviria a responsabilidade civil para traduzir a posição daquele que não executou o seu dever, seja este dever profissional, ético ou legal. Dessa maneira, para que haja responsabilidade civil é necessária a existência de três requisitos, sem os quais não haverá como responsabilizar alguém pelo dano. Estes requisitos são: a existência de uma ação ou omissão por parte do agente; a ocorrência de um dano, seja ele qual for (material ou moral), causado pela ação de um agente ou terceiro por quem o imputado responde; e por último o nexo de causalidade, que é o vínculo existente entre a ação e o dano causado. Sem a existência dos requisitos da



responsabilidade civil não existe um dano a reparar.

Portanto, temos que para se responsabilizar alguém é necessária a ocorrência de um dano que esteja relacionado com uma ação (ou omissão) de um agente causador deste dano. Para melhor ilustrar, recorramos à visão de Carlos Alberto Bittar: “... pelo intuito da responsabilidade fica o agente obrigado a satisfazer os interesses do lesado, atingidos por fato próprio (responsabilidade direta), ou de terceiro relacionado (responsabilidade indireta)...”.

Pode a ação lesiva derivar de uma culpa do agente, ou pode este assumir o risco da ocorrência do dano. Baseado nisto temos duas correntes que dividem a responsabilidade civil em Teoria Subjetiva (Teoria da Culpa) e a Teoria Objetiva (Teoria do Risco), as quais serão analisadas a seguir.

## 2.1 – Teoria Subjetiva

A teoria subjetiva tem como pressuposto de responsabilidade, entre outros, a **culpa**. Assim, sendo a culpa fundamento da responsabilidade, há sempre que se verificar a culpa antes de responsabilizar alguém pelo dano sofrido.

No Código Civil Brasileiro o artigo 159 prevê a culpa e o dolo como fundamentos da obrigação de reparar o dano, conforme a teoria subjetiva. Portanto, no ordenamento jurídico brasileiro prevalece esta teoria.

Segundo a renomado jurista Caio Mário da Silva Pereira<sup>6</sup> a culpa exprime “a noção básica e o princípio geral definidor da responsabilidade, aplicando a doutrina do risco nos casos especialmente previstos, ou quando a lesão provém de situação criada por quem explora a profissão ou atividade que expôs o lesado ao risco do dano que sofreu.”

Pela Teoria da Culpa cabe fazer a perquirição da subjetividade do causador a fim de demonstrar se este agiu com dolo ou culpa (negligência, imperícia ou imprudência).

A responsabilidade do agente causador do dano somente se configura se este agiu com dolo ou culpa. Desta forma, a prova da culpa pela teoria subjetiva torna-se pressuposto do dano indenizável, pois será através desta culpa que ter-se-á o nexo de causalidade entre o dano e a ação do agente causador.

## 2.2 – Teoria Objetiva

Pela teoria objetiva, verifica-se a responsabilidade somente pelo fato do dano e pelo nexo de causalidade, não havendo necessidade de verificação da culpa. Pela Teoria do risco basta o fato de causar o dano, sem a necessidade de inquirir a intenção do causador deste dano. Obtém-se a responsabilidade pelo simples fato da existência de um dano, onde o pressuposto do dano indenizável é o próprio dano.

Por fim nos ensina o professor Ronald A. Sharp Júnior<sup>7</sup>: “No centro da teoria objetiva repousa a idéia de que aquele que extrai proveito (cômodos ou bônus) de uma atividade sujeita a certos riscos naturais deve suportar a responsabilidade (incômodos ou ônus dela decorrente. Daí o aforismo: *ubi commodus, ibi incommodus*. O fundamento da responsabilidade desloca-se do entendimento ético jurídico e da determinação volitiva, pertinente à teoria da culpa, para prestigiar o pressuposto da causalidade, realçado na teoria do risco (risco criado ou risco proveito).”

### 2.3. Dano

Para que exista responsabilidade civil faz-se necessário haver um dano a reparar. Isto porque a responsabilidade civil é a obrigação de ressarcir. Vejamos o que diz o artigo 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."

Para que haja dano faz-se necessária a existência de invasão injusta da esfera jurídica do lesado por fato de outrem, vinculado ou não. Este vínculo já foi demonstrado anteriormente pelas teorias objetiva e subjetiva. À invasão injusta chamamos de desequilíbrio da posição jurídica do ofendido.

Mas o que é dano? Dano é um dos pressupostos da responsabilidade civil, e que deve fazer-se presente para que ocorra uma indenização. Segundo Giorgio Gione em sua "Teoria delle obbligazioni", dano é "nessun dubbio sulla verità di questo principio, sai pura violata l'obbligazione, mas se il danno manca, manca la materia del risarcimento<sup>8</sup>, que quer dizer que sem a existência do dano não poderá haver o ressarcimento. Segundo Plácido e Silva é "todo mal ou ofensa que tenha uma pessoa causado a outrem, da qual possa resultar uma deterioração ou destruição à coisa dele ou um prejuízo a seu patrimônio"<sup>9</sup>

O dano é classificado em 3 tipos, o dano patrimonial, moral e dano presumido. Na responsabilidade civil do paciente interessa-nos o dano patrimonial, mas especificamente a sub-classificação deste dano em lucros cessantes, e o dano moral.

Dentro do dano patrimonial há uma classificação de tipos deste dano, onde existe a perda na forma de lucro cessante relaciona-se ao prejuízo sofrido pelo lesado, por não ser possível um aumento do seu patrimônio, dentro do qual contam-se os pacientes, em razão do evento danoso. O dano moral sofrido pelo médico em decorrência da ação de indenização impetrada contra ele, que levaria este a perder clientes, acarretaria para o futuro uma diminuição patrimonial, em função desta perda de clientela, conforme já citado anteriormente.

Já o dano moral recai sobre o nome profissional do médico, o qual sofreria um grande desgaste quando acusado de ter cometido um erro com seu paciente, que efetivamente não ocorreu, pelo menos não por culpa do médico.

Por fim, conclui-se que o dano é prejuízo ressarcível sofrido pelo lesado.

### 2.4. Obrigação de Meio e de Resultado

A obrigação do médico/odontólogo dentro da responsabilidade civil é dividida em obrigação de meio e obrigação de resultado. Na obrigação de meio o médico/odontólogo obriga-se a prestar todo o atendimento necessário para o restabelecimento da saúde de seu paciente, apresentando-lhe o tratamento adequado para a cura de sua doença. O médico/odontólogo obriga-se no fornecimento dos instrumentos que ajudarão o paciente a restabelecer sua integridade física ou mental. Já na obrigação de resultado o médico/odontólogo obriga-se com o resultado do tratamento, que geralmente é pré-estabelecido em uma consulta. Na obrigação de resultado o médico/odontólogo obriga-se com o resultado que será apresentado ao

paciente, contando com o todo o zelo durante o tratamento para que o resultado, objetivo da contratação daquele profissional, seja atingido com sucesso.

A doutrina vem pacificando o entendimento da aplicação da obrigação de resultado dentro do erro médico/odontológico, obrigando o médico/odontólogo da área estética ao resultado apresentado para seu paciente, que o procurou para o tratamento de algum defeito estético que quer modificar.

No entendimento de Hildegard Taggesell Giostri, em seu renomado Erro Médico à luz da jurisprudência comentada<sup>10</sup>, obrigação de meio e de resultado é: *“Na obrigação de resultado, o devedor promete e se compromete a uma prestação determinada, e na de meio, ele não se obriga, a não ser, a usar de todo seu empenho na realização do esperado e querido.”*

Neste sentido, assim reluz nossa Jurisprudência, segundo Hildegard<sup>10</sup>.

*“Responsabilidade Civil por Erro Médico. Cirurgia plástica de natureza estética. Obrigação de resultado. A cirurgia plástica de natureza estética objetiva embelezamento. Em tal hipótese o contrato médico-paciente é de resultado, não de meios. A prestação do serviço médico há que corresponder ao resultado buscado pelo paciente e assumido pelo profissional da medicina. Em sendo negativo esse resultado ocorre presunção de culpa do profissional. Presunção só afastada se fizer ele prova inequívoca tenha agido observando estritamente os parâmetros científicos exigidos, decorrendo o dano de caso fortuito ou força maior, ou que outra causa exonerativa o tenha causado, mesmo desvinculada possa ser à própria cirurgia ou posterior tratamento...”*

*“Responsabilidade Civil. Cirurgia plástica. Dano estético. Obrigação de indenizar. Demonstrado através de perícia o erro médico, impõe-se o dever de indenizar, independentemente do exame de culpa, já que a cirurgia plástica é obrigação de resultado e não de meio.”*

*“Cirurgia plástica. Obrigação de resultado e não de meios. O médico que se propõe a realizar melhoria estética da paciente, mediante cirurgia plástica de abdômen, se obriga a produzir resultado favorável à contratante e não danos. Desvantagem estética e cicatriz hipertrófica, serosidade e hematoma resultantes da cirurgia, no caso, devem ter indenização devida. Verba de correção de cicatriz hipertrófica remanescente e não para outra cirurgia. Improvimento de ambos os recursos.”*

*“Ação ordinária de Responsabilidade Civil. Erro médico. Obrigação por meio. Prova da culpa. Não se tratando, na espécie, de cirurgia plástica meramente estética, a obrigação assumida pelo médico é de meio, o que, entretanto, não o exonera da responsabilidade, se provado ter agido culposamente ao adotar técnica cirúrgica que não se adequava a hipótese. Os danos morais são devidos, diante do sofrimento d’alma causado à paciente, que se imaginava livre do tumor de mama que, entretanto, não fora extraído. Quanto aos danos materiais, foram corretamente dimensionados, não tendo o réu feito a prova de terem sido os exames pagos pelo plano de saúde. Desprovimento do apelo.*

*“Civil. Indenização. Prestação de serviços médicos. Insucesso do tratamento. Obrigação de meio. Indenização improcedente. Recurso improvido A assistência médico-cirúrgica dá-se por meio de contrato de prestação de serviços, no qual a*

obrigação assumida é de meio e não de resultado. O insucesso do tratamento não é decisivo para autorizar a indenização, que é devida quando a morte do paciente seja fruto da culpa ou do dolo profissional.

“Responsabilidade Civil. Condomínio. Furto no interior de sala. O conceito de responsabilidade não pode ser estendido ao ponto de fazer recair sobre o condomínio o resultado do furto ocorrido no interior de sala ou apartamento, numa indevida socialização do prejuízo. Isso porque o condomínio, embora incumbido de exercer a vigilância do prédio, não assume uma obrigação de resultado, pagando pelo dano porventura sofrido por algum condomínio; sofrera pelo descumprimento da sua obrigação de meio se isso estiver previsto na convenção. Fora daí, por nada responde, salvo como preponente, nos termos do art. 1.521 do C.C. recurso não conhecido.”

“Cirurgia Estética – Obrigação de meio. O profissional que se propõe a realizar cirurgia, visando a melhorar a aparência física do paciente, assume o compromisso de que, no mínimo, não lhe resultarão danos estéticos, cabendo ao cirurgião a avaliação dos riscos. Responderá por tais danos, salvo culpa do paciente ou a intervenção de fator imprevisível, o que lhe cabe provar.”

## 2.5. Nexo de Causalidade

O vínculo entre a ação e o dano sofrido designa-se nexos de causalidade, ou seja a ligação entre ação e o prejuízo que comprova ser a ação causadora do prejuízo. Faz-se necessária relação entre o evento danoso e a ação que o produziu.

Nem sempre a ação é causa direta (imediate), mas pode ser condição para a produção do dano, sendo assim, um nexos causal mediato do fato danoso.

Para se identificar o nexos de causalidade, deve-se analisar se o dano não ocorreria caso a ação do agente não tivesse ocorrido. E esta prova da existência do nexos de causalidade é fator relevante e indispensável para responsabilidade civil, pois o nexos de causalidade é um de seus pressupostos.

Para Carlos Alberto Bittar<sup>11</sup>, o nexos causal “... *cumpra-se este causa do prejuízo: que exista uma relação, certa e direta, entre o fato desencadeador e o resultado danoso, dentro da teoria denominada “equivalência das condições.”* Afastam-se, para o agente, as condições que não sejam hábeis a produção do resultado; vale dizer, as consequências que não tenham vinculação com sua ação, ou as que derivem da interferência de causas estranhas (como, por exemplo, a ação da natureza, ou da própria vítima, ou de terceiro estranho, que evitem, desviem ou obstem os resultados do agente).”

Também temos como nexos de causalidade, “... a ligação entre um fato ocorrido após a ocorrência de um primeiro que, se desaparecesse, faria também desaparecer aquele, isto é, o resultado. “É, pois, o elo de ligação entre as duas extremidades (conduta e resultado) que conduzem à responsabilidade, quer objetiva, quer subjetiva.”<sup>12</sup>, segundo Antonio Ferreira Couto Filho.

Pelos nossos Tribunais:

“Responsabilidade Civil. Erro Médico. Para caracterizar a responsabilidade civil do médico é necessária demonstração do resultado danoso, evitável, ao paciente e da relação de causa e efeito entre a conduta culposa do demandado e a ocorrência lesiva.”

“Responsabilidade Civil. Provados o dano e o nexo de causalidade, procede a pretensão indenizatória, mormente de seu causador, desatendendo à regra do art. 333, II, da Lei de Ritos, não comprova a ocorrência do fato desconstitutivo do direito lesionado, invocado na peça de bloqueio. Dano moral. O valor da indenização, à míngua de parâmetros legais, fica submisso ao prudente arbítrio do Juiz que, para fixá-lo, louvar-se-á nos princípios gerais do direito à espécie e na equidade.”

Voto Vencido. Lesão de nervo ciático, causada por descuidada intervenção cirúrgica. Tem o médico, como qualquer outro profissional, o dever de aplicar a técnica que domina para conseguir o resultado possível, sem agravar o estado do paciente. Se age sem os necessários cuidados, ou aplicando método inadequado, responde pelos danos conseqüentes do erro praticado.”

“Civil – Reparação de danos – Erro médico – Inocorrência. Não configura erro médico o procedimento cirúrgico realizado sem falha e que resultou em acidente vascular equiparável a caso fortuito, cuja ocorrência rompe o nexo de causalidade e descaracteriza o dever de indenizar. Recurso não provido.

“Indenização – Alegação de imperícia médica e erro profissional – Responsabilidade Aquiliana e objetiva – Má-formação congênita – Inexistência de nexo causal entre a deformação e o nível de atendimento médico – Profissional – Improcedência do pedido. Não tendo a parte autora logrado estabelecer o nexo causal entre sua má-formação congênita e o nível de atendimento médico propiciado à respectiva genitora, julga-se improcedente o pedido indenizatório fundado com base na responsabilidade aquiliana e objetiva.

“Responsabilidade Civil. Ato ilícito extracontratual. Ausência dos elementos específicos. Na responsabilidade civil por ato ilícito extracontratual (responsabilidade Aquiliana), é necessária a prova da ação ou omissão culpa e relação de causa e efeito, para que haja a reparação do dano. Provada a ausência destes elementos não há que se falar em indenização por ato ilícito inexistente.”

### 2.5.1. Excludentes da Responsabilidade Civil

Dentre as excludentes da responsabilidade civil considera-se o tema que dá origem a esta monografia. Verificaremos na seqüência que a excludente da culpa de vítima é a base originária para a responsabilidade civil do paciente dentro das Ações de erro médico consideradas improcedentes pelo fato excludente.

Mesmo tendo participado da ação sancionável, há situações em que o agente fica desobrigado das conseqüência jurídicas, como o ressarcimento a vítima no caso da responsabilidade civil. Tal desobrigação pode dar-se por que o ordenamento jurídico contém norma elisiva da antijuridicidade, ou seja, porque a interferência de fatores estranhos acaba por descaracterizar a sua responsabilidade, que é o caso das

excludentes da responsabilidade.

As excludentes da responsabilidade civil podem ser classificadas como naturais e voluntárias. As naturais ocorrem por força maior ou caso fortuito, e as voluntárias por ação de terceiro ou da própria vítima.

A força maior e o caso fortuito, fazem-se presentes como excludentes da responsabilidade civil quando a ação da natureza concorre como agente causador do dano sofrido. Já a ação de terceiro se dá quando uma terceira pessoa, que indiretamente se envolve com o fato danoso, é responsável por este dano, sendo que sem a sua interferência não haveria o fato danoso.

A ação da própria vítima faz-se presente quando sua manifestação dentro do dano causado é a causadora do fato danoso. Ocorrido o prejuízo, e comprovado que a vítima concorreu para a ocorrência do fato danoso, esta ação faz com que o suposto agente causador seja excluído da relação como agente causador.

Veremos na seqüência como esta excludente de responsabilidade ensejaria na responsabilidade civil do paciente dentro do erro médico/odontológico.

Dentro de nossa Jurisprudência vigê, pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná:

“Decisão: acordam os membros integrantes da 2ª câmara cível do Tribunal de Justiça do Paraná, por unanimidade de votos, em negar provimento ao recurso. Ementa: ação indenização – alegado erro médico – fratura diafisária de fêmur – placa de compressão que não teria sido bem fixada – necessidade de nova cirurgia – ausência de nexo de causalidade – pedido improcedente – apelo desprovido. Não há responsabilidade médica, se a prova dos autos, inclusive radiografia de controle de tratamento, indicam que a placa de compressão foi bem fixada, com oito parafusos corticais, tendo havido evolução satisfatória até sinais de formação de calo ósseo, posteriormente comprometida por esforço físico excessivo do órgão lesionado, que contribui para o deslizamento da placa e nova cirurgia, sem que tal evento se comprovasse a participação dos médicos.

“Decisão: acordam os desembargadores integrantes da quinta câmara cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao agravo retido e em negar provimento a apelação. Ementa: 1. Responsabilidade civil – pedido indenizatório – cirurgia plástica de mamas – médico que atende em sua especialidade no IPE – ação que, sob tal alegação, também foi manejada em desfavor do Estado do Paraná – exclusão deste do processo, uma vez que o IPE, como autarquia que é, tem personalidade jurídica e patrimônios próprios – hipótese, tão-somente, de assistência simples, nos termos do artigo 50 do Código de Processo Civil. 2. Natureza reparadora da cirurgia – obrigação de meio – culpa do médico indemonstrada – ônus da prova a cargo da paciente – abandono, ademais, do tratamento, sem alta médica – inexistência da obrigação de indenizar.”

Jurisprudência apresentada do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro:

“Ação de Responsabilidade Civil pautada em suposto erro médico. Resultado causado ao que se depreende da prova por conta de omissão do próprio paciente, que silenciou sobre a circunstância de ser portador de diabetes. Ausência da prova do

nexo de causalidade. Recurso desprovido.”

“Responsabilidade pessoal do médico. Insucesso de cirurgia não imputável ao operador. Incoerência de culpa. Embora tenha o Código do Consumidor estabelecido responsabilidade objetiva para todos os fornecedores de serviços no mercado de consumo, a responsabilidade pessoal do médico, não obstante fornecedor de serviços, continua sendo subjetiva por força de exceção contida no seu art. 14, par. 4. Em relação aos profissionais liberais. Assim, sem prova da culpa não pode o cirurgião ser responsabilizado pelo insucesso de operação realizada no paciente de acordo com a técnica recomendável. Desprovimento do recurso.

Jurisprudência apresentada do Tribunal de Justiça do Distrito Federal:

“Apelação. Reparação de danos -Indenização. FHDP. Lesão Responsabilidade. Nexo de Causalidade. Omissão do paciente. – Advindo, o evento danoso físico que se procura ressarcir, de comportamento omissivo do paciente em se submeter à cirurgia corretiva indicada, esta omissão é a que se apresenta como condição adequada responsável pelo resultado. – Apelação improvida.

“Embargos infringentes. Erro médico Responsabilidade objetiva. Gestante. Exame radiológico. Feto com deformidade. Relação de causa e efeito. A falta de elementos técnicos que comprovem a relação de causa e efeito entre a aplicação radiológica e o nascimento com deformidade, por ser inócua para o feto o emprego de pequena quantidade de iodo radioativo, importa em que se exima a embargada. Fundação Hospitalar do Distrito Federal, de responsabilidade diante do nascimento da menor, sem os dois braços, mormente porque a médica, que assistiu a sua genitora, foi diligente no administrar o seu mister.

“Julgamento antecipado. Alegação de erro médico. Prova pericial. Prova oral. Assistência judiciária. Ônus da sucumbência. Tratando-se de matéria eminentemente técnica, da área médica, demonstrado pelos dois laudos periciais, um deles de estabelecimento oficial (IML), que inexistente relação de causalidade entre a cirurgia feita e as lesões aparecidas sete meses e cinco dias depois, desnecessária e inadequada mesmo se revela a prova oral requerida, até por força do art. 400, II, do CPC, impondo-se o julgamento antecipado. Não poderiam depoimentos de leigos infirmar os laudos profissionais idôneos. A parte beneficiária da justiça gratuita, quando vencida, sujeita-se ao princípio da sucumbência, devendo a condenação respectiva constar da sentença, ficando, contudo, sobrestada até e se, dentro em cinco anos, a parte vencedora comprovar não mais subsistir o estado de miserabilidade alegado.

### 3. RESPONSABILIDADE DO PACIENTE.

Antes de abordarmos a responsabilidade civil do paciente no erro médico é bom lembrarmos, principalmente aos pacientes, que todo direito implica em uma obrigação.

Para o paciente, o dever do médico de atendê-lo com todo cuidado e atenção necessária a sua enfermidade, é um direito adquirido. Mas, para que este direito (atendimento e tratamento) obtenha o resultado almejado pelo paciente, devem observar: “... aqueles doentes que não atentam para as recomendações feitas pelos médicos; que, às vezes, recebendo-as por escrito, não prestam atenção, omitem algumas

*porque acham muito difíceis e seguem de maneira errada aquelas que acham mais fáceis e, pior ainda, ao relatar sua evolução, confessam ao médico que não as fizeram. Outros pacientes lêem a bula e acham que a prescrição não está adequada; e o pior é quando complementam a medicação com outras, indicadas por amigos, ou com as quais já tiveram experiência anterior. Acreditam que, se os sintomas desaparecem, estão curados, suspendendo toda a medicação que lhes fora prescrita. Nem se fale daqueles que não obedecem o horário ou mesmo dos que programam o uso de maneira irracional, pondo despertador para tomar soníferos.”<sup>5</sup>*

Conforme visto, os pacientes têm uma obrigação a cumprir dentro do direito de terem um bom tratamento por parte dos médicos, que é a de seguir corretamente a prescrição médico/odontológico. Se estes não obedecem a prescrição médica, podem não ter sucesso no tratamento a que se submeteram, sendo estes os culpados por tal insucesso, e não o médico/odontológico que após anos de estudo científico foi submetido a risco pelo paciente.

Assim, os pacientes devem ser alertados sobre suas obrigações e direitos no momento em que são submetidos ao tratamento previsto pelo médico/odontólogo. As orientações feitas pelo médico/odontólogo muitas vezes não são ouvidas pelo paciente, pois estão tomados pelo nervosismo ou pela excitação com o próprio tratamento.

### 3.1. Obrigação do Paciente

A obrigação do paciente é de meio, pois ele deve auxiliar seu médico/odontólogo no seu próprio tratamento para que se obtenha o resultado almejado. O paciente juntamente com seu médico/odontólogo irão utilizar-se de todos os meios necessários para obter a cura da enfermidade.

O paciente que procura um médico/odontólogo é para que este lhe apresente os meios a serem utilizados para sua convalescença. Após o diagnóstico o médico/odontólogo prescreve um tratamento a ser cumprido e o paciente de posse desta prescrição deve obedecê-las rigorosamente para que obtenha-se a recuperação da enfermidade. Obedecer às prescrições do médico/odontólogo é a obrigação do paciente na relação médico/odontólogo e paciente.

O paciente para não atrapalhar o desenrolar do tratamento a que foi submetido, deve atender à prescrição médico/odontológica, caso contrário está interferindo no tratamento, fato que poderá custar a sua não convalescença, ou uma má convalescença.

Segundo o mestre Miguel Kfoury Neto<sup>13</sup>, em seu renomado livro a responsabilidade Civil do Médico: “portanto, na obrigação de meio o credor (o paciente) deve provar que o devedor (o médico) não teve o grau de diligência dele exigível.”

Tal entendimento pode ser recolhido pela obrigação do paciente, já que o médico/odontólogo deve provar que o paciente não teve o grau de diligência por ele exigível.

No erro médico/odontológico tem-se entendimento de que a obrigação é de meio e de resultado, sendo que, na obrigação de meio o médico/odontólogo obriga-se na aplicação de todos os meios necessários à recuperação da enfermidade do paciente, e na obrigação de resultado o médico/odontólogo obriga-se com o



resultado a ser alcançado, que é predeterminado nas consultas.

Para o caso da responsabilidade civil do paciente a obrigação será sempre de meio, porque a obrigação de resultado almeja um fim específico que é prometido pelo médico/odontólogo, o paciente somente deseja aquele fim. O paciente na relação médico/odontólogo e paciente, tem a obrigação de utilizar-se de todos os meios apresentados pelo seu médico/odontólogo para atingir o resultado que o levou a procurar a ajuda de um especialista. Os meios a serem utilizados pelo paciente na sua convalescença são os apresentados pelo seu médico/odontólogo na prescrição. Caso o paciente não cumpra as orientações do médico/odontólogo estará descumprindo com a sua obrigação na relação médico/odontólogo e paciente.

A obrigação do paciente não deve seguir a obrigação do médico/odontólogo, sendo sempre de meio mesmo que a obrigação do médico/odontólogo seja de resultado. O paciente deve seguir a prescrição (obrigação de meio) para atingir o resultado esperado e pré estabelecido nas consultas.

O paciente não tem como assumir uma obrigação de resultado, pois não possui as qualificações necessárias, científicas, para obrigar-se por um resultado preestabelecido.

Quando o paciente procura um médico cirurgião plástico para fazer uma operação estética, o médico/odontólogo obriga-se com o resultado e o paciente em cumprir todas as determinações prescritas pelo médico/odontólogo. Isto porque o médico está apto para assumir a responsabilidade de atingir o resultado desejado pelo seu paciente, e o paciente somente pode responsabilizar-se pelo auxílio no tratamento para que o resultado desejado seja atingido.

A respeito da obrigação de meio do paciente conclui-se:

a) seu objeto de contrato é o restabelecimento físico e mental através dos meios apresentados por seu médico/odontólogo;

b) obriga-se em tão-somente conduzir-se com toda a diligência apresentada na prescrição médico/odontológica para atingir dentro das possibilidades do momento o restabelecimento de sua enfermidade;

c) o paciente não será responsabilizado pelo insucesso de seu restabelecimento caso haja com imperícia, imprudência ou negligência quanto aos seus atos praticados durante o tratamento, como também, pelo dano causado ao médico/odontólogo no julgamento improcedente de ação de indenização por erro médico/odontólogo baseado na responsabilidade anteriormente transcrita.

### 3.2. Culpa do paciente

Na responsabilidade civil do paciente, a culpa é o fato de este não ter agido conforme a prescrição médica/odontológica, entenda-se prescrição como toda orientação passada pelo médico ao seu paciente, desde a orientação oral até a escrita no receituário, cometer erros durante o tratamento, ou ainda, tratar-se por conta própria. O dever do paciente é obedecer a prescrição para que possa atingir a cura de sua enfermidade, se não o faz, torna-se responsável pelo fato de não ter atingido o objetivo do tratamento a que foi submetido.

Dentro da responsabilidade civil do paciente será sempre necessário que se

prova a culpa deste, para que seja comprovado o nexo de causalidade entre a sua ação e o dano não causado pelo médico/odontólogo, mas sim, pelo paciente. A prova da culpa do paciente está diretamente ligada as ações de Reparação de Dano por Erro Médico. Em uma ação de erro supostamente cometido. Havendo a prova de que o erro é oriundo da culpa do paciente nesta ação isto será avaliado como excludente da responsabilidade médica/odontológica. Mas será revertida como prova da responsabilidade do paciente caso o médico lesado pela ação de erro médico, queira ser ressarcido pelo dano sofrido com a ação julgada improcedente.

Mas nas ações de indenização por erro médico/odontólogo há inversão do ônus da prova, ou seja, o médico/odontólogo é quem deve provar não ter agido com culpa, de não ter cometido o erro. Nesta tentativa de provar não ser o culpado do erro, o médico/odontólogo pode deixar provado que a culpa é exclusiva da vítima, no caso seu paciente. Provaria que sem a ação indesejada de seu paciente o dano não teria ocorrido.

Dentro do Erro Médico/odontológico pela teoria subjetiva podemos provar a existência de culpa através das excludentes de causalidade. E a culpa do paciente na responsabilidade civil do paciente é provada através de uma das excludentes da responsabilidade que existe na responsabilidade civil do médico/odontólogo, a excludente culpa da vítima.

No erro médico a culpa da vítima ocorre quando o paciente deixa de seguir a prescrição médica, automedica-se, entre outras que serão vistas seqüência.

Não pode-se esquecer que: *“Os direitos individuais dos pacientes e as obrigações dos médicos devem ser respeitados, mas sem esquecer as recíprocas, as obrigações dos pacientes (de seguir as prescrições, ajudar a si próprio, empenhar-se no entendimento do problema, mudar de médico se não tiver confiança) e o direito do médico.”*<sup>14</sup>

A culpa exclusiva da suposta vítima de erro médico/odontólogo (paciente) libera o médico de toda e qualquer responsabilidade, pois a causa do dano é inteiramente do paciente, conforme será visto.

### 3.2.1. Não atendimento à prescrição médica ou negligência

A negligência é uma das modalidades de culpa existente dentro da Responsabilidade Civil, na qual a inobservância das obrigações e direitos, leva o autor a cometer erros graves. É negligente o indivíduo que não tem a atenção necessária aos atos que pratica, não preocupando-se com as seqüências destes atos.

A falta com a prescrição médica ocorre quando o paciente não obedece a orientação que lhe foi prestada pelo médico para que o tratamento obtenha êxito. Por exemplo: o paciente com lesão no músculo da coxa, recebe como prescrição médica, alguns remédios e mais a orientação 15 (quinze) dias de repouso. Após cinco dias de tratamento, por não mais sentir as dores na coxa, resolve jogar uma pelada de final de semana. Na metade da pelada voltam as dores na coxa lesionada, e com maior intensidade que antes. No mesmo dia este paciente procura o médico, e este constata que a lesão aumentou de proporção. Ao perguntar ao paciente se este fez algum esforço além do que podia, este responde que não, por medo de represália do seu médico, ou às vezes, confessa a culpa.

Pelo exemplo acima, a culpa é do médico ou do paciente que foi negligente em seu tratamento?

É nos casos do pacientes que após uma cirurgia do dente do ciso, recebe como prescrição repouso por sete dias, ingestão de comida líquida ou pastosa, evitar a fala e mais alguns medicamentos para o tratamento. No segundo dia via para a casa de um amigo, onde come de tudo e mais um pouco, fala em demasia e somente lembra dos medicamentos que deveria ter ingerido ao retornar para casa, sendo que de seu ato inconseqüente resultou uma inflamação na incisão cirúrgica fazendo com que a cicatrização perdurasse por mais tempo que o devido. A culpa é do seu dentista, ou da sua negligência?

Outro exemplo, é o paciente que acresce ao tratamento prescrito pelo médico/odontólogo uma medicação que ouviu falar ter sido eficiente para alguém, ou toma medicação por conta própria. Nem sempre o medicamento que foi eficiente para uma pessoa é eficiente para outro paciente com mesmos sintomas. Cada caso é um caso em separado, cada organismo reage de forma diferente tanto na doença apresentada, como ao tratamento prescrito pelo médico/odontólogo.

Um paciente que após cirurgia bem sucedida de correção de catarata, sendo esta a de sua segunda vista, levanta-se da cama do hospital e vai a banheiro sem ajuda de enfermeiras ou qualquer outra pessoa, carregando o suporte de soró. Por ser sua segunda cirurgia de catarata, sabe o paciente que está proibido de fazer força ou carregar peso. Como vimos, o paciente não agiu conforme as orientações de seu médico, e como conseqüência teve seus pontos arrebentados, tendo de ser novamente submetido a cirurgia para correção. Como acusar seu médico se a ação danosa foi totalmente do paciente?

Muitas vezes a sobreposição de medicamentos pode trazer seqüelas ao paciente, o pode levar este a acusar seu médico de erro médico/odontológico sem isto ser verdade.

A inobservância das orientações do médico/odontólogo durante o tratamento, a falta de atenção consigo ou com seu corpo é a mais pura negligência do paciente diante da responsabilidade civil, é uma das modalidades de culpa. Diante desta modalidade de culpa o paciente, no erro médico, é considerado culpado pelo dano (lesão sofrida pelo mesmo), considerada uma excludente da Responsabilidade Civil do médico/odontólogo. Entretanto, dentro da Responsabilidade do paciente é considerada prova do dano sofrido pelo médico/odontólogo, o nexo de causalidade necessário para haver uma restituição à este médico/odontólogo, já que também sofreu um dano quando o paciente impetrou ação de indenização por um suposto erro não cometido pelo médico/odontólogo.

Sobre negligência assim tem decidido nossos Tribunais:

"Ação de reparação de dano. Responsabilidade médica. Miopia. Cirurgia corretiva. Quadro infeccioso a comprometer um dos órgãos de forma irreversível, com indicação de transplante penetrante de córnea. Negligência. Ficando evidenciado nos autos que a cirurgia não se realizou em condições de assepsia satisfatória, de modo a diminuir o risco que decorre de toda a operação e da metodologia seguida, e de que o médico não cuidou de prescrever exames laboratoriais capazes de determinar o agente causador da infecção, e assim instituir o tratamento adequado,

impõe-se a sua responsabilização.”

“Responsabilidade civil, Ação de indenização. Hospital. Danos causados a paciente. Negligência caracterizada pela observância dos deveres que as circunstâncias exigem. Parturiente que após o parto no hospital, sofre traumatismo raqui-medular, que vem a lhe ocasionar paraplegia. Caracterizado erro médico e hospitalar, não se pode deixar de indenizar em conjunto com os funcionários que agiram com culpa grave.”

### 3.1.2. Abandono de tratamento ou imprudência

A imprudência consiste numa precipitação no agir, assim, o paciente precipita-se com os cuidados a ele prescritos. Pode ser confundida com a negligência, mas estas diferenciam-se justamente por ser a negligência uma falta de atenção com seus próprios atos, e a imprudência uma ação precipitada diante de uma certa situação concreta.

No caso da Responsabilidade Civil do Paciente é a precipitação diante do início da melhora dentro do tratamento a que foi submetido este paciente. As vezes por não avaliar os riscos que podem sofrer, os pacientes agem abandonando a prescrição médica/odontológica.

Como exemplo temos o paciente que ao primeiro sinal de melhora decide por conta que não precisa mais tomar os remédios prescritos, ou mesmo seguir as orientações médicas. Nos casos dos antibióticos é muito freqüente que o paciente abandone a medicação ao primeiro sinal de recuperação alegando ser este um remédio forte para ser tomado na quantidade prescrita.

Outro exemplo, é o do paciente que abandona o tratamento a que foi submetido, geralmente quando da prescrição de antibióticos ou anti-inflamatórios, por saber que o efeito da medicação é suspenso quando misturado com bebida alcóolica, e o paciente não quer abrir mão da cerveja de sexta-feira.

Outra incidência de abandono do tratamento, é de pacientes que após lerem a bula do remédio acham que a prescrição dada pelo médico é inadequada para a cura de sua enfermidade.

As desculpas para o abandono do tratamento são as mais diversas possíveis, desde que façam o paciente não sentir-se culpado pelo seu ato. Todavia o ato precipitado de abandonar o tratamento traz conseqüências que na maioria das vezes não são agradáveis para o próprio paciente. E mais uma vez o médico/odontólogo é quem será julgado culpado pelo dano sofrido pelo paciente, e aquele terá que comprovar a culpa deste para não ser prejudicado pela acusação injusta de erro médico/odontólogo.

Em nosso Tribunais temos as seguintes decisões:

“Decisão: acordam os desembargadores integrantes da quinta câmara cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao agravo retido e em negar provimento a apelação. Ementa: 1. responsabilidade civil – pedido indenizatório – cirurgia plástica de mamas – médico que atende em sua especialidade no IPE – ação que, sob tal alegação, também foi manejada em desfavor do Estado do Paraná – exclusão deste do processo, uma vez

que o IPE, como autarquia que é, tem personalidade jurídica e patrimônios próprios – hipótese, tão-somente, de assistência simples, nos termos do artigo 50 do Código de Processo Civil. 2. Natureza reparadora da cirurgia – obrigação de meio – culpa do médico indemonstrada – ônus da prova a cargo da paciente – abandono, ademais, do tratamento, sem alta médica – inexistência da obrigação de indenizar.”

“Civil. Indenização. Erro médico. Dano moral. Comete infração o médico que age de forma imprudente, sem zelo e atenção, ao operar, contrariando prévio diagnóstico. Paciente preparado para receber intervenção cirúrgica no fêmur direito e é operado na perna esquerda, surgindo complicações e causando-lhe sofrimentos, com reflexos morais, até o seu falecimento. Culpa caracterizada. Obrigação de indenizar, condenação em danos morais. Apelação e remessa parcialmente providas.”

“Responsabilidade civil. Dano moral. Arbitramento. Valor pedido. Esquecimento, quando de cirurgia, de compressa cirúrgica dentro do abdômen da paciente, forçando nova cirurgia para remoção do corpo estranho. Erro médico incontestável. Responsabilidade civil patente. Forte dano moral configurado. A paciente submeteu-se a cesariana, dando a luz uma criança. Logo padeceu de dores, por força do erro médico. Sofreu risco de vida. Teve de submeter-se a uma segunda cirurgia. Não pode cuidar do filho recém nascido. Se é verdade deve-se evitar que se converta a dor em instrumento de captação de vantagem, também não se pode estipular indenização ínfima, que estimule o comportamento faltoso e não penalize o infrator. Não releva que a fundação apelante não tenha finalidade lucrativa. Muito menos importa que seu servidor, eventualmente, não tenha condições de ressarcir-la. Nada disso é pressuposto do dever de indenizar. Fixada, na sentença, a indenização em valor igual a 100 salários mínimos, mas pedido na inicial valor correspondente a 93,691442 salários mínimos, para esse limite se reduz a condenação, observado o art. 460, do CPC. Provimento parcial para se fazer a referida redução.”

“Civil e processual. Ação de indenização. Acidente de trabalho. Acórdão. Omissão não configurada. Nulidade afastada. Reconhecimento de culpa exclusiva da vítima, por imprudência e imperícia na condução de empilhadeira. Recurso especial. Reexame da prova. Impossibilidade. Súmula N. 7-STJ.

I. Não se configura a nulidade do acórdão se o mesmo enfrentou a matéria de fato e de direito dos autos, apenas que adotando posição contrária à postulação da autora.

II. Concluído pelo Tribunal estadual que o sinistro fatal decorreu de culpa exclusiva do condutor da empilhadeira, que não observou regra básica de manual de segurança que, por si só, evitaria o acidente, a controvérsia situa-se no plano dos fatos, cujo reexame é vedado ao STJ, ao teor da Súmula n. 7.

III. Recurso especial não conhecido.

“Civil e processual. Ação de indenização. Acidente de trânsito. Colisão de caminhão com táxi. Embargos declaratórios. Omissões não configuradas. Nulidade afastada. Responsabilidade da empresa. Culpa in eligendo. Imprudência e imperícia do motorista do autocarga. Conclusão do Tribunal a quo lastreada na prova dos autos. Apresentação de documentos com contra-razões. Juntada de memorial pela parte ré,

antes do julgamento. Cerceamento não identificado.

I. Não se configura nulidade do acórdão estadual, se os embargos declaratórios agitam questões já explícita ou implicitamente naquele respondidas, ou matéria desimportante ao deslinde da controvérsia.

II. Identificada a culpa do motorista da empresa ré na direção de caminhão a serviço da empregadora, inexistente ofensa ao art. 1.523 na responsabilização desta última pelos danos materiais e morais causados.

III. Cerceamento da defesa não caracterizado, seja porque o acórdão não se baseou exclusivamente nos documentos alusivos ao processo penal cuja juntada se deu com as contra-razões, mas, também, nos demais elementos fáticos da causa, seja porquanto a ré teve oportunidade de fazer a juntada, antes do julgamento em 2º grau, que foi adiado a pedido seu, de memorial onde pode apresentar os fundamentos de sua defesa.

IV. Recurso especial não conhecido.

“Civil. Ação indenizatória. Acidente ferroviário. Queda de trem. Situação de passageiro reconhecida pelas instâncias ordinárias. Pensionamento devido. Família de baixa renda. Valor, fator de redução e duração. Dispensa de Constituição de Capital.

I. Configurada a responsabilidade civil da ferrovia transportadora decorrente de ato ilícito por imprudência e negligência no transporte de passageiro que foi atirado de trem que se deslocava com as portas abertas, portanto em situação irregular, torna-se devido o pensionamento à mãe do menor falecido.

II. Pensão fixada, na esteira de precedentes jurisprudenciais, em 2/3 do salário mínimo até a idade em que o de cujus completaria 25 anos, reduzida para 1/3 a partir de então, em face da suposição de que constituiria família, aumentando suas despesas pessoais com o novo núcleo formado, extinguindo-se a obrigação ora estabelecida após os 65 anos fictícios da vítima, se a tanto sobreviver a autora.

III. Dispensa de formação de capital para a garantia da renda, em face da situação jurídico-econômica da empresa ré.

IV. Recurso conhecido e provido em parte.

“Direito civil. Responsabilidade civil. Abaloamento de veículo em linha férrea. Culpa concorrente. Sendo a culpa pelo acidente ferroviário imputável tanto a vítima, por sua imprudência ao trafegar em passagens clandestinas, quanto a ferrovia, por inobservância do dever legal de conservar juro e tapumes na linha férrea, impede reconhecer o dever de indenização proporcionalmente.”

### 3.1.3. Auto medicação ou imperícia

Imperícia é mais uma das modalidades de culpa, pois a falta de habilidade para praticar determinados atos que exigem certo conhecimento, na culpa do paciente enquadra-se em auto medicação.

Muitas vezes os pacientes, antes mesmo de consultar um médico, fazem seus próprios diagnósticos como se fossem cientistas da medicina. Com base neste auto-exame, seguido de um suposto diagnóstico, o paciente com seus pretensos conhecimentos farmacêuticos somado aos conhecimentos de medicina, se auto medica

com remédios que já fizeram efeito em outras vezes da ocorrência desta enfermidade ou em outras pessoas com sintomas parecidos com os seus.

Muitas pessoas antes de procurar um médico/odontólogo quando encontram-se enfermas, tentam curar-se com uma medicação que acham ser a necessária para seu restabelecimento, ou até com medicação que um amigo ou parente sugere, porque já tomaram quando estavam com sintomas parecidos e o efeito foi soberbo. A ironia da auto medicação por orientação de amigos ou parentes é o fato de que estes, com raras exceções, também auto-medicaram-se por orientação de amigos ou parentes, tornando o mundo cheio de médicos/odontólogos inatos.

Outro exemplo é o caso do paciente que vai ao médico e após diagnóstico de sua doença, compra os remédios prescritos e mais alguns que acha serem necessários para seu restabelecimento. O que por muitas vezes faz com que a auto prescrição interfira na eficiência dos prescritos pelo médico.

As conseqüências deste ato inconseqüente do paciente, podem ser verificadas posteriormente quando o paciente, em pior situação física do que no início dos sintomas, vai ao médico para que este possa fazer o que sua auto medicação não fez, ou seja, auxiliar na cura de alguma doença. Quando isto acontece, pode não haver outra saída senão o internamento para um tratamento mais intensivo, que provavelmente não seria necessário se o tratamento médico tivesse início juntamente com o início dos sintomas.

O médico raramente fica sabendo da auto-medicação naquele tratamento que prescreveu, pois, conforme exemplo antes citado, na maioria das vezes a cura ocorre, mesmo que camuflando sintomas piores que os de início da doença. Os problemas decorrentes desta auto-medicação irão aparecer na recaída da doença, que virá mais forte que da primeira vez, e este paciente também poderá ter que ser internado para um tratamento intensivo.

Outro fator sério da auto-medicação é a medicação prescrita pelo médico, na recaída, não fazer o efeito desejado, tendo o médico como única solução suspender todo o tratamento para que o organismo do paciente auto recupere-se após a errônea auto-medicação.

Por muitas vezes podem ocorrer seqüelas irreversíveis ao paciente. Mas tanto a recaída de doença, como as seqüelas podem levar o médico a sofrer um processo de erro médico, onde na realidade não existe erro de sua parte.

Por nossos tribunais:

"Ação de indenização. Dano moral. Constrangimento experimentado pela autora, quando em exame ginecológico teve o hímen rompido por imperícia médica. Confirmação da sentença que deu pela procedência do pedido."

"Médico. Responsabilidade civil. Por erro cometido no exercício profissional, responde o médico, seja qual for sua relação com o paciente. A responsabilidade dos profissionais da medicina resulta da repercussão social que o seu exercício acarreta, e ao lado do conteúdo contratual apresenta obrigações legais, cuja infringência determina uma culpa extracontratual."

"Civil e processual civil. Acidente aéreo. Ação indenizatória. Responsabilidade objetiva e subjetiva da empresa transportadora. Pedidos compreendidos na exordial. Falecimento de esposa e filho menor. Vítima que exercia atividade remunerada. Pensão

devida. Promoções. Eventualidade do fato. Não inclusão. Dedução de valores pagos pela previdência pública e privada. Dano moral e material. Juros moratórios. Súmulas NS. 341-STF E 54-STJ. LEI N. 7.565/86 CBA.”

“Civil e processual. Ação indenizatória. Acidente de trânsito. Morte de acompanhantes do motorista. Acórdão a quo. Omissão não configurada. Nulidade afastada. Pensionamento devido pela empresa proprietária do veículo. Valor, fator de redução e duração. Embargos declaratórios. Multa imposta na instância ordinária. Exclusão. Súmula N. 98-STJ. CC, Arts. 1521, III E 1.523.

I. Inexiste omissão no acórdão de 2º grau se a Corte objetivamente decidiu sobre a matéria suscitada pela parte, apenas que adotando critérios diferentes do que a recorrente pretendia.

II. Configura-se a responsabilidade civil da empresa proprietária da camioneta sinistrada, ainda que o acidente tenha ocorrido por imperícia do preposto durante uso não autorizado do veículo, porquanto, se tal aconteceu, deveu-se a culpa in eligendo ou invigilando da ré.

III. Devido, em conseqüência, o pensionamento pela morte das acompanhantes do motorista, que deve ser fixada, de conformidade com precedentes jurisprudenciais do STJ, em 2/3 do salário mínimo em relação à vítima maior, e, no tocante à vítima menor de idade, até a data em que a de cujus completaria 25 anos, reduzida para 1/3 a partir de então, em face da suposição de que constituiria família, aumentando suas despesas pessoais com o novo núcleo formado, extinguindo-se a obrigação, em ambos os casos, após os 65 anos de longevidade presumível das vítimas, se a tanto sobreviverem os autores.

IV. Embargos de declaração manifestados com notório propósito de questionamento não têm caráter protelatório”(Súmula n.º 98 do STJ).

V. Recurso conhecido em parte e parcialmente provido.”

“Civil e processual. Ação de indenização. Acidente de trânsito. Colisão de caminhão com táxi. Embargos declaratórios. Omissões não configuradas. Nulidade afastada. Responsabilidade da empresa. Culpa in eligendo. Imprudência e imperícia do motorista do autocarga. Conclusão do tribunal a quo lastreada na prova dos autos. Apresentação de documentos com contra-razões. Juntada de memorial pela parte ré, antes do julgamento. Cerceamento não identificado.

I. Não se configura nulidade do acórdão estadual, se os embargos declaratórios agitam questões já explícita ou implicitamente naquele respondidas, ou matéria desimportante ao deslinde da controvérsia.

II. Identificada a culpa do motorista da empresa ré na direção de caminhão a serviço da empregadora, inexistente ofensa ao art. 1.523 na responsabilização desta última pelos danos materiais e morais causados.

II. Identificada a culpa do motorista da empresa ré na direção de caminhão a serviço da empregadora, inexistente ofensa ao art. 1.523 na responsabilização desta última pelos danos materiais e morais causados.

III. Cerceamento da defesa não caracterizado, seja porque o acórdão não se baseou exclusivamente nos documentos alusivos ao processo penal cuja juntada se deu com as contra-razões, mas, também, nos demais elementos fáticos da causa,



seja porquanto a ré teve oportunidade de fazer a juntada, antes do julgamento em 2º grau, que foi adiado a pedido seu, de memorial onde pode apresentar os fundamentos de sua defesa.

#### IV. Recurso especial não conhecido.

### 3.1.4. Relação entre as modalidades de culpa na responsabilidade civil do paciente.

Por vezes a imperícia, a imprudência e a negligência podem na ocorrência de uma levar à ocorrência de outra das modalidades, ou até mesmo de todas juntas.

Ao ser imprudente agindo precipitadamente, o agente pode também agir com imperícia, ou vice-versa. Na auto-medicação o paciente age precipitadamente, e também imprudentemente por praticar um ato do qual não possui conhecimento para fazê-lo.

Um exemplo que envolve as três modalidades, é o paciente que auto-medica-se além do tratamento que está sendo submetido, por achar que os remédios prescritos não são suficientes ou que a “complementação” não irá fazer mal. Ou ainda, abandona todos os remédios e o tratamento prescrito pelo médico quando acha-se apto a se dar alta. Assim, este paciente age em todas as modalidades culposas, achando que está fazendo o correto, mas é imperito ao auto-medicar-se, é imprudente ao abandonar o tratamento e negligente ao não atender somente a prescrição médica/odontológica.

### 3.1.5. Nexo de Causalidade

O nexo de causalidade conforme visto anteriormente é a existência de relação entre o dano sofrido e a ação causadora. Sem que haja esta estreita relação entre o dano sofrido e a ação que causou o dano não há como responsabilizar alguém pelo fato danoso, pois a ação é cometida por alguém.

Quando verifica-se que tal ação deu origem ao dano comprovado, com nexos de causalidade existente, localiza-se o verdadeiro agente causador do dano.

Na responsabilidade civil do médico/odontólogo o nexos de causalidade irá provar quem é o agente causador do dano sofrido. Para o caso de não ser o médico/odontólogo o causador do dano, mas sim, o paciente este nexos de causalidade faz prova de excludente da responsabilidade: culpa da suposta vítima, que por fim torna-se nexos de causalidade na responsabilidade civil do paciente.

Nexo de causalidade na Responsabilidade Civil do Paciente é a ocorrência de uma ação indenizatória baseada em erro médico/odontológico, que é julgada improcedente com base na excludente de responsabilidade culpa da vítima, que causa um dano, por vezes irreversível, ao médico/odontólogo.

A relação existente entre a lesão material e moral causada ao médico/odontólogo, pela divulgação de que este cometeu um erro dentro de sua carreira e a comprovação de que o erro foi cometido pelo próprio paciente é que faz existir nexos de causalidade entre ação e dano.

Viu-se anteriormente que o médico/odontólogo tem relacionada à profissão a confiança entre médico/odontólogo e paciente, que cresce para uma confiança

entre o médico/odontólogo e a sociedade onde vive. Todavia, a consequência desta confiança adquirida no decorrer de sua profissão faz o sustento do médico/odontólogo. Com uma acusação de erro dentro da profissão o médico/odontólogo sofre prejuízo material, como a perda da confiança neste profissional por parte da sociedade, o que leva a perda de sua clientela, ou até mesmo o não aumento desta (lucros cessantes).

Além do dano material o médico sofre o dano moral de ter o seu nome jogado no rol dos culpados dentro dos casos de erro médico/odontológico, o que faz uma marca profunda na profissão destes, mesmo que não sejam os verdadeiros culpados pelo erro. E geralmente, o dano moral atinge proporções irreparáveis para o médico/odontólogo, pois este será sempre lembrado pelo fato de ter sido considerado causador de um dano.

Assim, as ações de indenização julgadas improcedentes com base na culpa da vítima prova o nexo de causalidade entre a ação do paciente e o dano sofrido pelo médico/odontólogo.

#### 4. Considerações Finais

Pelo contexto anteriormente analisado, podemos verificar que o médico/odontólogo nem sempre pode ser acusado de cometer erro médico/odontológico, em razão da culpa do próprio paciente. E quando têm-se provada a culpa do paciente, inexistente nexo de causalidade entre a ação do médico/odontólogo e o dano sofrido pelo paciente, repassando o nexo de causalidade para a relação dano sofrido e ação do paciente.

Comprovado o nexo de causalidade entre a ação do paciente e o dano, fica o médico desobrigado a indenizar o pleiteado em processo de reparação de danos (materiais ou morais). Mas esta ação de indenização julgada improcedente gera um dano, o dano sofrido pelo médico/odontólogo com a acusação de Erro Médico/odontológico falsa. São várias as consequências sofridas pelo médico/odontólogo que irão fazer com que o médico/odontólogo tenha direito a uma indenização igualmente a que seu paciente pleiteou usando de má-fé.

A indenização pleiteada pelo paciente é julgada improcedente com base na excludente de responsabilidade – culpa da vítima – torna-se prova da ação, do dano e do nexo de causalidade para uma ação de reparação de dano que queira o médico/odontólogo pleitear contra o paciente.

Sendo o paciente culpado pelo dano sofrido, e este acusando seu médico/odontólogo por este equivocado erro, tem o médico todo o direito a uma indenização que poderá amenizar seus danos, na mesma medida que a indenização pleiteada pelos pacientes que realmente sofrem um erro médico no seu tratamento.

## Referências

1. Brandão, JF. Erro Médico - Tragédia evitável. Arq. Cons. Reg. Med. do PR. 2000; 17(68):194-200
2. Sourdart, Traité général de la responsabilité civile, v. 2. 6<sup>ª</sup> ed., 1911.
3. Savatier. Traité de la responsabilité civile un droit funções, v. 1. 2<sup>ª</sup> ed., 1951.
4. Serpa Lopes. Curso de Direito Civil, v. 5, 2<sup>ª</sup> ed., Editora Freitas Bastos, 1962.
5. Moraes, IN. Erro Médico e a Lei, 4<sup>ª</sup> ed., Editora Lejus, 1998.
6. Pereira, CMS. Instituição de Direito Civil – Vol. II – III, 1<sup>ª</sup> ed., Editora Forense, 1983.
7. Sharp Junior, RA. Dano Moral, 1<sup>ª</sup> ed., Editora Destaque, 1998.
8. Gione, G. Teoria delle obbligacioni, v. 2, 7<sup>ª</sup> ed., Torino UTET, 1930.
9. De Placido e Silva. Vocabulário Jurídico, v. II, 12<sup>ª</sup> ed., Editora Forense, 1993.
10. Giostri, HG. Erro Médico à luz da Jurisprudência Comentada, 1<sup>ª</sup> ed. Editora Juruá, 1998.
11. Bittar, CA. Responsabilidade Civil. Teoria e Prática, 3<sup>ª</sup> ed., Editora Forense Universitária, 1999.
12. Couto Filho, AF, Souza, AP. A Improcedência no Suposto Erro Médico. 1<sup>ª</sup> ed., Editora Lumou Juris, 1999.
13. Kfoury Neto, M. Responsabilidade Civil do Médico. 2<sup>ª</sup> ed. Revista dos Tribunais, 1996.
14. Moraes, IN. Erro Médico e a Lei. Arq. Cons. Reg. Med. do PR, 1996; 13(51):292.

## Referências consultadas

- Branco, GLC. Aspectos da Responsabilidade Civil e do Dano Médico. Arq Cons Reg Med do PR. 1997; 14(54):
- Código Civil Brasileiro, Editora Saraiva, 1993.
- Código de Ética Médica, <http://www.crmpr.org.br/codetica.htm>
- Constituição Federal do Brasil. 25<sup>ª</sup> ed. Editora Saraiva, 2000.
- Croce, De Croce Junior, D. Manual de Medicina Legal. 1<sup>ª</sup> ed. Editora Saraiva, 1995.
- Dias, JA. Da Responsabilidade Civil. Vol. I e II, 10<sup>ª</sup> ed. Editora Forense, 1995.
- Diniz, MH. Curso de Direito Civil Brasileiro. Vol. 7, 8<sup>ª</sup> ed. Editora Saraiva, 1994.
- Joudain, P. Les principes de la responsabilité civile. 2<sup>ª</sup> ed. Paris Dalloz, 1994.
- Montenegro, ALC. Responsabilidade Civil. 2<sup>ª</sup> ed. Editora Lumen Juris, 1996.
- Moreau, A. La Responsabilite Médicale. Bruxelles. B. C. Editeurs, 1891.
- Ponde, L. Responsabilidade Civil dos Médicos. Arq Cons Reg Med do PR, 1995; 12(46):
- Valle, CA. Dano Moral. 1<sup>ª</sup> ed. Editora Aide, 1999.

**Palavras-chave** - responsabilidade civil, responsabilidade do paciente, erro médico, erro odontológico, dano

**Key-words** - civil responsibility, patient responsibility, malpractice, damage

# DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

## EMENTA

O diagnóstico de morte encefálica deverá ser feito baseado no inteiro teor da Resolução CFM n.º 1480/97, considerando-se a hora do óbito aquela registrada no Termo de Declaração de morte encefálica, devidamente preenchido e com o exame complementar anexado. Pacientes em morte encefálica devem se tornar doadores de órgãos ou terem seus suportes descontinuados por seu médico assistente.

## APRESENTAÇÃO:

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo encaminha, em 27 de setembro de 2000, consulta do dr. R.A.V. acerca da conduta a ser tomada nas seguintes situações:

1- Diagnóstico de morte encefálica em possível doador de órgãos e tecidos:

a) O exame confirmatório (considerando-se qualquer dos métodos aceitos) deve ser feito após as duas avaliações clínicas ou pode ser feito entre as 6 horas que se interpõem entre os exames clínicos?

b) Que horário deve ser considerado como o horário do óbito do paciente: o horário do último exame feito (seja clínico ou gráfico) ou exclusivamente o horário da prova confirmatória?

2)- Indivíduo em morte encefálica que tem recusa para doação (familiar ou expressa em documento):

a) Se é constatada a morte encefálica clínica, mas existe recusa familiar (ou própria, caso conste em documento de identificação), deve o médico manter o suporte ventilatório e demais cuidados até que ocorra a parada cardíaca? Qual a conduta a ser tomada?

b) Pode o médico responsável pelo atendimento desse indivíduo desligar os aparelhos? Em caso afirmativo, é preciso exame complementar gráfico para tomada de conduta? Que respaldo tem para tomar a conduta?

c) No caso da norma não permitir o desligamento dos aparelhos desse indivíduo em questão, se estiver ocupando leito de UTI, o plantonista ou médico responsável pode transferir o indivíduo com morte encefálica clínica para outra unidade (enfermaria ou PS)?

c1) Em caso afirmativo, quem autoriza a transferência por parte da equipe médica? Deve haver consentimento familiar? Deve haver confirmação gráfica antes?

c2) Ainda em caso afirmativo, manter o indivíduo com morte encefálica na UTI não seria abusivo ou antiético, já que estaria sendo ocupado um leito com paciente sem prognóstico, passível de transferência?

3- Oferta de órgão para comércio:

Se o médico recebe uma proposta de venda/compra de órgãos, a quem ele deve se reportar? É preciso reportar o caso a alguém?

#### 4- Reportagens:

a) A quem se recorre contra entrevistas/reportagens que transmitem meias-verdades?

b) É lícito ter consigo uma cópia do que foi dito, em forma de gravação?

c) Há direito assegurado de réplica no mesmo meio de comunicação?

d) E quando são feitas montagens e edições parciais, não se pode exigir a reportagem na íntegra?

#### PARECER

O diagnóstico de morte encefálica pode e deve ser feito em qualquer paciente que esteja em coma arresposivo, com grau 3 na escala de Glasgow, independentemente de ser possível doador de órgãos ou não. Excluem-se os pacientes que estejam em hipotermia, tenham usado medicamentos depressores do SNC ou bloqueadores neuromusculares.

A Síndrome do Locked-in e o estado vegetativo persistente fazem parte do diagnóstico diferencial.

A possibilidade de se fazer o exame complementar entre a primeira e a segunda avaliação clínica vem tomando corpo no meio dos colegas que trabalham na área e não há ilícito ético nesta prática, no meu entendimento. É inaceitável iniciar-se pelo exame complementar, mas se a primeira avaliação clínica já foi feita nada impede que se faça o exame complementar antes da segunda avaliação.

O paciente deverá ser considerado em morte encefálica quando todos os critérios constantes da Resolução CFM n.º 1.480/97 forem preenchidos.

Defendemos a tese de que desde que confirmada a morte encefálica o médico está autorizado a desligar os aparelhos e retirar o suporte que mantém o cadáver com o coração em atividade. Nem sempre isto é tão simples e a participação à família deve ser sempre feita. Todos os documentos (protocolo/exames complementares) devem ser muito bem guardados, por razões óbvias.

O comércio de órgãos de que trata o consulente está completamente descartado na atualidade com a mudança na Lei n.º 9.434/97. A Medida Provisória n.º 1.959-57, de outubro de 2000, diz em seu artigo 9º:

“É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuges ou consangüíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do parágrafo 4º deste artigo, ou em qualquer pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea”.

Entendemos que a necessidade de autorização judicial para doação de órgãos inviabilizou a possibilidade de comércio.

Em relação à última questão do dr. R.A.V., que versa sobre reportagens/entrevistas que transmitem meias-verdades, comungo com a primeira colocação feita pelo setor jurídico do CFM quando diz que este assunto não se refere à área ética, a qual este Conselho está afeto.

Entretanto, pode se colocar à disposição do consulente a Nota Técnica n.º 621/00, elaborada pelo Setor Jurídico do CFM:

## DOS FATOS

1.1- O sr. R.A.V. encaminha ao Conselho Federal de Medicina expediente requerendo informações sobre o tema morte encefálica e, ao final, questiona sobre o tema reportagens, *in verbis*:

"(...) 4 – Reportagens:

a- A quem se recorre contra entrevista/reportagens que transmitem meias-verdades?

b- É lícito ter consigo uma cópia do que foi dito, em forma de gravação?

c- Há direito assegurado de réplica no mesmo meio de comunicação?

d- E quando são feitas montagens e edições parciais, não se pode exigir a reportagem na íntegra?"

1.2- Sendo estes os questionamentos, passa este Setor Jurídico a responder as solicitações ora apresentadas.

### II – DO DIREITO

Primeiramente, convém esclarecer que este assunto não se refere à área ética na qual este Conselho é afeto. Todavia, para que o consulente não fique sem os esclarecimentos devidos, passaremos a tratar do assunto da seguinte forma:

2.1- O tema é muito amplo e para uma melhor exposição doutrinária acerca da matéria supracitada é imperioso salientar alguns princípios fundamentais que decorrem da Carta Magna hodierna, vejamos:

2.2- Prescreve o artigo 1º da Constituição da República, *in verbis*:

"Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamento:

omissis.

III- a dignidade da pessoa humana..."

2.3- Neste artigo é possível inferir que a Carta Magna procurou positivar, ou seja, trazer para o mundo jurídico alguns princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito. Não é demais lembrar que o Estado de Direito é aquele que se submete às leis que edita, devendo sempre observar e se pautar na legalidade.

2.4- No mesmo mandamento constitucional, também se verifica que o Estado brasileiro tem como fundamento principal a dignidade da pessoa humana.

2.5- Entende José Afonso da Silva que a dignidade da pessoa humana é um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida. Neste mesmo entendimento segue J. J. Gomes Canotilho, que afirma:

"Concebido como referência constitucional unificadora de todos os direitos fundamentais, o conceito de dignidade humana obriga a uma densificação valorativa que tenha em conta o seu amplo sentido normativo constitucional e não uma qualquer idéia apriorística do homem, não podendo reduzir-se o sentido da dignidade humana à defesa dos direitos pessoais tradicionais, esquecendo-se nos casos de direitos sociais, ou invocá-la para construir teoria do núcleo da personalidade individual, ignorando-a quando se trate de garantir as bases da existência humana".

2.6- Com efeito, sendo o Estado Democrático de Direito aquele que se subordina às leis, a atenção aos diplomas legais torna-se fundamental para o exercício de direitos e obrigações.

2.7- Nesta linha de pensamento, o legislador constitucional cristalizou, no artigo 5º da CF/88, esta orientação fundamental, *in verbis*:

"Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos seguintes termos:

.....*omissis*.....

II- ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei,(...)"

2.8- Neste mesmo artigo, também se verifica a existência de uma outra garantia fundamental, qual seja, a garantia à liberdade de manifestação de pensamento, que está insculpida no inciso IV, *in verbis*:

"(...)IV- é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato(...)"

2.9- Tem-se, ainda, outras garantias como o direito de resposta, bem como uma eventual indenização por danos materiais, morais ou à imagem, *in verbis*:

"(...)V- é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem(...)"

2.10- O legislador constitucional, ao elevar tais garantias fundamentais ao patamar superior (norma constitucional), transformou o ordenamento jurídico pátrio em um rol de garantias que deverão ser sempre observadas sob o pena de apreciação pelo Poder Judiciário, *in verbis*:

"(...)XXXV- a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito(...)" (art. 5º, CF/88).

2.11- Portanto, dentro deste contexto legal é possível concluir que a dignidade da pessoa humana está preservada em todos os seus sentidos, garantindo-se sempre um tratamento isonômico a todos os brasileiros e aos estrangeiros residentes no País, e também inúmeros direitos, *vg*, a liberdade de comunicação.

2.12- Neste diapasão, é oportuno destacar a nobre lição do professor José Afonso da Silva no que tange à liberdade de comunicação, *in verbis*:

"A liberdade de comunicação consiste num conjunto de direitos, forma, processos e veículos, que possibilitam a coordenação desembaraçada da criação, expressão e difusão do pensamento e da informação(...)"

2.13- Segundo os ensinamentos do nobre doutrinador acima destacado, a liberdade de comunicação pode ser dividida em vários tipos de liberdades, e para este estudo as mais importantes são: a) liberdade de manifestação do pensamento; b) liberdade de informação jornalística.

2.14- A liberdade de manifestação do pensamento, segundo José Afonso da Silva, consiste em um dos aspectos da liberdade de opinião. Ensina Jacques Robert que a liberdade de opinião é a *liberdade de o indivíduo adotar a atitude intelectual de sua escolha: quer um pensamento íntimo, quer seja a tomada de posição pública, liberdade de pensar e dizer o que se crê verdadeiro*.

2.15- Todavia, adverte o nobre Constitucionalista Nacional que:

"A liberdade de manifestação do pensamento tem seus ônus, tal como o de manifestante identificar-se, assumir claramente a autoria do produto do pensamento manifestado, para, sendo o caso, responder por eventuais danos a terceiros(...)"

2.16- No que tange à liberdade de informação jornalística, ensina José Afonso da Silva que a referida liberdade é muito mais ampla que a liberdade de informar, pois alcança qualquer forma de difusão de notícias, comentários e opiniões por qualquer veículo de comunicação (art. 220, § 1º da CF/88).

2.17- Portanto, salvo melhor juízo, se uma pessoa transmitir informações que não condizem com a realidade será responsabilizada pelos eventuais danos que vier a causar, posto que o ordenamento jurídico assegura ao ofendido uma reparação, bem como o direito de resposta.

2.18- Neste contexto, convém destacar o que dispõe o artigo 1º da Lei n.º 5.250/67, que regula a liberdade do pensamento e de informação:

“(…)É livre a manifestação do pensamento e a procura, o recebimento e a difusão de informações ou idéias, por qualquer meio, e sem dependência de censura, respondendo cada um, nos termos da lei, pelos abusos que cometer(…)”.

2.19- Ressalte-se que o referido diploma legal, em seus artigos 12 a 28, especifica quais são os tipos de abusos no exercício da liberdade de manifestação, bem como as penalidades que poderão ocorrer quando estes abusos ocorrerem.

2.20- Todavia, o conteúdo deste estudo doutrinário possui um âmbito reduzido e específico, por isso, a fim de que este estudo não se torne cansativo e extenso, deixaremos de lado os comentários acerca dos abusos e dos eventuais crimes e trataremos do direito de resposta.

2.21- É sabido que o direito de resposta está assegurado na Carta Magna. A regulamentação do exercício deste direito encontra-se na lei abaixo transcrita, cujos artigos 29 a 36 não merecem maiores comentários, posto que são de clareza inigualável, *in verbis*:

“(…) Art. 30. O direito de resposta consiste:

I - na publicação da resposta ou retificação do ofendido, no mesmo jornal ou periódico, no mesmo lugar, em caracteres tipográficos idênticos ao escrito que lhe deu causa, e em edição e dia normais;

II - na transmissão da resposta ou retificação escrita do ofendido, na mesma emissora e no mesmo programa e horário em que foi divulgada a transmissão que lhe deu causa; ou

III - a transmissão da resposta ou da retificação do ofendido, pela agência de notícias, a todos os meios de informação e divulgação a que foi transmitida a notícia que lhe deu causa.

§ 1º - A resposta ou pedido de retificação deve:

a) no caso de jornal ou periódico, ter dimensão igual à do escrito incriminado, garantido o mínimo de 100 (cem) linhas;

b) no caso de transmissão por radiodifusão, ocupar tempo igual ao da transmissão incriminada, podendo durar no mínimo um minuto, ainda que aquela tenha sido menor;

c) no caso de agência de notícias, ter dimensão igual à da notícia incriminada.

§ 2º - Os limites referidos no parágrafo anterior prevalecerão para cada resposta ou retificação em separado, não podendo ser acumulados.

§ 3º - No caso de jornal, periódico ou agência de notícias, a resposta ou retificação será publicada ou transmitida gratuitamente, cabendo o custo da resposta



ao ofensor ou ao ofendido, conforme decisão do Poder Judiciário, se o responsável não é o diretor ou redator-chefe do jornal, nem com ele tenha contrato de trabalho ou se não é gerente ou proprietário da agência de notícias nem com ela, igualmente, mantenha relação de emprego.

§ 4º - Nas transmissões por radiodifusão, se o responsável pela transmissão incriminada não é o diretor ou proprietário da empresa permissionária, nem com esta tem contrato de trabalho, de publicidade ou de produção de programa, o custo da resposta cabe ao ofensor ou ao ofendido, conforme decisão do Poder Judiciário.

§ 5º - Nos casos previstos nos §§ 3º e 4º, as empresas têm ação executiva para haver o custo de publicação ou transmissão da resposta daquele que é julgado responsável.

§ 6º - Ainda que a responsabilidade de ofensa seja de terceiros, a empresa perde o direito de reembolso, referido no § 5º, se não transmite a resposta nos prazos fixados no art. 31.

§ 7º - Os limites máximos da resposta ou retificação, referidos no § 1º, podem ser ultrapassados, até o dobro, desde que o ofendido pague o preço da parte excedente às tarifas normais cobradas pela empresa que explora o meio de informação ou divulgação.

§ 8º - A publicação ou transmissão da resposta ou retificação, juntamente com comentários em caráter de réplica, assegura ao ofendido direito a nova resposta(...)"

2.22- Um outro aspecto deste estudo que também merece atenção se refere ao fato de que se "É lícito ter consigo uma cópia do que foi dito, em forma de gravação?"

2.23- Salvo melhor juízo, e em face dos termos genéricos no qual o questionamento se baseia e na amplitude que se pode alcançar em tal discussão, entendo, *prima facie*, ser lícito obter uma gravação de uma reportagem, uma vez que a mesma, eventualmente, pode ser utilizada como meio de prova.

2.24- Nesse sentido, destacamos o posicionamento do excelso Supremo Tribunal Federal que tem admitido, como lícita, uma prova produzida através de gravações em diálogos, *in verbis*:

HC-76397 / RJ

Habeas Corpus

Relator: Ministro Ilmar Galvão - Publicação: DJ Data-27-02-98

Ementa: Habeas Corpus. Alegações de inexistência de crime, de flagrante preparado e de ilicitude da prova em que se baseou a condenação.

Improcede a pretensão anulatória da condenação por crime inexistente. Não há falar em flagrante preparado, tendo em vista que limitou-se a autoridade policial, alertada da intenção criminosa, a tomar providências necessárias para surpreender o criminoso, no ato da consumação do delito.

Inocorrência de ilicitude na prova constante de gravação audiovisual de conversa da ré com a detetive e a repórter de TV, que se fizeram passar por interessadas no anúncio veiculado. *Habeas corpus* indeferido.

## CONCLUSÃO

3.1- Face ao exposto, e em relação aos questionamentos realizados, entendo, SMJ, que:

a) O ofendido poderá sempre recorrer ao Poder Judiciário (artigo 5º, inciso XXXV- a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito, da CF/88) para buscar a responsabilização penal e civil do ofensor. Nesta linha de raciocínio segue o eminente ministro Aliomar Baleeiro, do Supremo Tribunal Federal, no RE-64333/PR, publicado no DJ do dia 27.12.68, *in verbis*:

“EMENTA- A lei não impede que o cidadão atingido por ofensivo comentário exerça desde logo o direito de resposta por via judicial, antes de tentá-lo suasoriamente” (sic).

Detenha-se que os prazos prescricionais estabelecidos na Lei n.º 5.250/67 deverão ser sempre observados a fim de que restem assegurados os referidos direitos;

b) No que tange ao aspecto da obtenção de cópia da reportagem através de gravação, entendo, salvo melhor juízo, que a mesma é lícita e pode até ser utilizada como meio de prova;

c) Quanto ao direito de resposta, é sabença trivial que a referida garantia encontra-se assegurada na Carta Magna e regulamentada pela Lei n.º 5.250/67, em seus artigos 29 a 36, onde se é possível depreender que o direito de resposta poderá ser exercido no mesmo meio de comunicação em que foi transmitida a reportagem;

d) Quanto a última questão, informamos ser possível editar uma reportagem, desde que a mesma não seja adulterada e venha a prejudicar alguém. Ressalte-se, por oportuno, que não existe nada na lei que obrigue o jornalista ou o responsável técnico a exibir a reportagem na íntegra.

Não é demais esclarecer que se o entrevistado for médico a entrevista não poderá conter conteúdo sensacionalista, autopromocional ou enganoso, pois o mesmo deve observar o disposto na Resolução CFM n.º 1.036/80, a fim de evitar qualquer violação ao artigo 132 do Código de Ética Médica, que assim dispõe:

“ É vedado ao médico:

Art. 132 – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico”.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 20 de março de 2001.

Solimar Pinheiro da Silva  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 42/2001  
Processo-Consulta CFM n.º 8563/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 21/11/2001

**Palavras-chave:** morte encefálica, declaração de morte encefálica, hora da morte, reportagem incompleta, suspender suporte vital

**Key-words:** encephalic death, encephalic death declaration, death hour, parcial reporting, vital support suspension

# COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRO PARA PRESCREVER MEDICAMENTOS, E/OU SOLICITAR EXAMES COMPLEMENTARES EM EQUIPES DE SAÚDE.

## EMENTA

Somente o médico pode prescrever medicamentos e solicitar exames complementares. Em equipes de saúde, sob supervisão médica, o enfermeiro pode encaminhar pedidos e orientar o uso de medicamentos previamente definidos em normas de procedimentos da equipe.

## PARECER

O Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo encaminha extensa consulta formulada pela Dr. Érica Aver Penha, que manifesta sua preocupação ética dizendo no primeiro parágrafo:

“Tendo em vista ter sido convidada pela Coordenadoria da U. S. de Jardim Camburi, para integrar a equipe de reestruturação do Programa de Diabetes e ter tomado conhecimento da existência nesse CRM de denúncia referente ao Exercício Ilegal da Medicina, pelo fato de enfermeiro da equipe prescrever medicamento considerado “da rotina” no Programa”

Continua sua consulta expondo as características do paciente diabético, em geral com múltiplas manifestações que exigem conduta terapêutica específica para cada caso, e inquire o seguinte:

“O Enfermeiro, em sua formação estaria apto tecnicamente e legalizado para atuar, solicitando exames, realizando diagnósticos e prescrevendo a terapêutica, assumindo integralmente a responsabilidade sobre o tratamento do paciente diabético?

Como sabemos, para os diagnósticos, diferenciais inclusive, há necessidade, muitas vezes, da realização de exames complexos e para o tratamento, prescrição de drogas diversas de acordo com as patologias associadas e as condições clínico e social de cada paciente, o que impossibilita o seguimento de um protocolo único, simples, fácil de seguir, isento de complicações, como acontece em outros Programas. Penso que, em DM, não há protocolo de tratamento mas sim, indicações terapêuticas que devem ser precisos, de acordo com a situação clínica, atual e particular de cada paciente.”

Resposta. A consulente, comentando a própria pergunta, fornece o raciocínio lógico que embasa a resposta: o enfermeiro não está apto para atuar, nem técnica e nem legalmente (os pareceres anexos, Processos Consulta CFM n.º 2.354/95 e 3.515/94 são também elucidativos). Infelizmente, leigos, e por vezes médicos, de forma inadvertida aceitam situações desse tipo. Se ao próprio médico não é fácil, quanto mais ao enfermeiro.

Pior do que desconhecer é conhecer pela metade. Se numa roda de dez amigos, um deles médico, uma mulher diz estar com dor no baixo ventre, lado direito, febre, vômitos e a perna está repuxando, muito provavelmente oitão dirão “é apendicite”, enquanto o médico ficará calado, pois só ele sabe a gama de patologias que podem

ter os mesmos sintomas e sinais. Assim pode acontecer com um diabético sob o cuidado exclusivo de um enfermeiro. Continua a consulente:

“Qual seria o papel do médico neste contexto?”

Seria obrigado a receber e tratar as complicações do paciente quando este lhe fosse encaminhado pelo Enfermeiro?”

Resposta: Evidente que não. O documento anexo, que apresenta o fluxograma da Unidade Sanitária e as atribuições do enfermeiro não é claro o suficiente e dá margem a interpretações absurdas, como por exemplo:

- o item 15 das atribuições do enfermeiro diz: “Prescrição e/ou ajuste de dosagem de medicamentos padronizados para o programa (hipoglicemiante oral) e ajuste da dosagem de insulina (ação lenta e ação rápida)”;

- o item 3 das atribuições do médico diz: “Decisão e ou revisão da conduta médica global.”

Tem-se a impressão de que após o diagnóstico o médico encaminha o paciente ao enfermeiro para este escolher a medicação a ser prescrita, verdadeiro absurdo.

- Também diz, item 8, “solicitar glicemia de jejum de todo o paciente com idade maior ou igual a 35 anos que procure a Unidade para atendimento médico”. Esta pode até ser uma atribuição do enfermeiro com vistas a que o paciente chegue ao médico já com o resultado do exame.

- Sem dúvida, os encargos devem ser revistos. Ao enfermeiro não cabe decisão terapêutica, mas tão somente execução e orientação ao paciente. Pergunta ainda consulente.

“Se o paciente pode ser prescrito pelos 02 profissionais, aleatoriamente, e a visão sendo diferente, um podendo interferir na conduta do outro.

Que direção o paciente poderá seguir? A relação médico paciente e consequentemente sua aderência ao tratamento não ficaria prejudicada por falta de um referencial?”

Resposta: Certamente que ficaria prejudicada a relação médico-paciente, mas o enfermeiro não pode prescrever, como já afirmei.

A consulente continua tecendo vários comentários pertinentes e indagações que ela mesma responde na abordagem que faz, de tal sorte que podemos concluir:

1) O enfermeiro, importante auxiliar em qualquer serviço de assistência médica, pode atuar nos limites de sua competência médica e legal.

2) O projeto anexo precisa ser revisto, servindo de subsídio os pareceres anexos e pertinentes a esse tema.

Brasília, 8 de maio de 1998.

Léo Meyer Coutinho  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 29/98  
Processo-Consulta CFM n.º 178/98  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 18/12/98

**Palavras-chave:** prescrição de medicamento, Exame complementar, ato médico, enfermagem e prescrição, competência de enfermeiro

**Key-words:** medical prescription, laboratory test, medical act, nurse prescription, nurse competention

# **FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS DE PACIENTES PELO DIRETOR CLÍNICO A DELEGADOS DE POLÍCIA, PROMOTORES E JUÍZES**

## **EMENTA**

É dever ético e legal do médico manter sigilo quanto ao prontuário do paciente, só o podendo revelar com autorização expressa deste ou seu representante legal. Disposições instituídas no resguardo do direito do paciente. Constituição Federal. Código de Ética Médica. A requisição, mesmo judicial, que implique retirada do prontuário do hospital, constitui coação ilegal. Precedentes jurisprudenciais, inclusive do STF. Em se tratando de investigação de crime de ação pública incondicionada, é cabível, no resguardo do interesse social e desde que não implique procedimento criminal contra o paciente, pôr-se o prontuário à disposição, para exame por perito legista, restrito aos fatos sob investigação e não sobre o conteúdo do prontuário, e sob sigilo pericial. Revogação da Resolução CFM n.º 999/80.

## **I – PARTE EXPOSITIVA**

Trata-se de consulta encaminhada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, feita pelo Dr. Carlos Nunes Senra, diretor do Hospital Municipal Odilon Behrens, de Belo Horizonte.

O consulente busca orientação sobre que atitude tomar quanto à requisição requerida por promotores de Justiça, Delegados de Polícia, Juizes, Conselhos de Saúde e Câmara Municipal, solicitando prontuários de pacientes e seus exames complementares para instruir processos de variada natureza. O consulente vem se orientando pelos arts. 11 e 102 do Código de Ética Médica. Conhece, igualmente, o Parecer n.º 133/96, da AJ deste Conselho Federal, bem como acórdão do STF proferido no *Habeas Corpus* 91.218-5, relativamente a não disponibilidade de prontuário por diretor da Santa Casa de São Paulo, em delito de aborto, de ação pública incondicionada.

No entanto, refere estar sendo constrangido a fornecer os prontuários ante a invocação por autoridades policiais e judiciais, da Resolução CFM n.º 999/80, especialmente com relação ao seu art. 2º, que obriga o médico a fornecer informações nos casos de crimes de ação pública que não exponham a parte interessada a procedimentos criminal.

Como praticamente todas as demandas que chegam ao hospital tratam de denúncia de lesões corporais, que, tecnicamente, são crimes de ação pública incondicionada, pergunta:

1 – Em que condições o diretor clínico de uma instituição hospitalar pode e deve fornecer documentos de internação de pacientes a delegados de Polícia, promotores e juizes?

2 – O diretor clínico deve sempre solicitar a manifestações expressa do paciente ou de seu responsável legal em face de tais solicitações, mesmo nos casos

em que este não figure como réu?

3 – Em que casos, na prática, o diretor clínico pode negar a delegados, promotores e juizes o envio de tais documentos?

4 – O citado acórdão do STF não desobriga o médico diretor clínico deste envio?

5 – Em caso de obrigatoriedade de envio, o diretor clínico não estaria quebrando o sigilo profissional, vez que praticamente todas as solicitações tratam de lesões corporais?

## II – DO PARECER

O segredo médico é instituto milenar, cuja origem já contava no juramento de Hipócrates:

*“O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo”.*

*“Para a classe médica, o segredo é algo que não se pode dissociar do exercício da sua profissão. No dizer de Gonzaga, pelas peculiares condições em que exerce o seu mister, o médico tem freqüentes vezes diante de si, abertos em leque, informes íntimos da mais variada qualidade. Colhe não apenas esclarecimentos reservados sobre o cliente, mas Penetra no recesso sobre sua família, parentes próximos e até mesmo alusivos a terceiros àqueles ligados. dos lares. Necessita conhecer as causas da moléstia em exame, que podem desembocar em delicadas origens: comportamentos viciosos, eticamente reprováveis ou delituosos, dificuldades econômicas, disputas domésticas, etc.*

*“Nem sempre o diagnóstico da moléstia ou da lesão física sofrida pelo paciente será o fato que este deseja manter em segredo. Em alguns casos, o que se pretende manter escondido do domínio público são as circunstâncias que ensejam o surgimento da moléstia ou da lesão.”* (Barros, Marco Antônio de. *Sigilo Profissional. Reflexos da violação no âmbito das provas ilícitas.* RT 733/423).

Hoje, apresenta-se com foro constitucional, uma vez que instituído como garantia individual à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra – art. 5º, inc. X, da CF.

Assim, o prontuário médico só pode ser fornecido quando houver expressa autorização do paciente, cujo direito o sigilo visa proteger. Nesse sentido, as disposições do Código de Ética Médica, em seus arts. 11 e 102, têm força de lei, porque expressamente mantêm o previsto na Lei n.º 3.268/57 e seu decreto regulamentador – n.º 44.045/58 – conforme entendimento tanto do STF (HC 39.308-SP) como do STJ (Resp 159527-RJ):

*“Artigo 11: o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.*

“Artigo 102: (é vedado ao médico) Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

“Parágrafo-único – Permanece essa proibição:

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

b. Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.”

É preciso, pois, passar à análise pormenorizada do real significado das expressões *justa causa*, *dever legal* e *autorização expressa do paciente*, contidas no art. 102 do CEM.

A *justa causa*, como fato incidental e liberatório da revelação, “*fundase na existência de estado de necessidade: é a colisão de dois interesses, devendo um ser sacrificado em benefício do outro; no caso, a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem interesse. Há, pois, objetividades jurídicas que a ela preferem, donde não ser absoluto o dever do silêncio ou sigilo profissional*”(Noronha, E. Magalhães. *Direito Penal*, 17ª ed., v. 2, 1981, p. 209).

A jurisprudência a respeito, dessa forma se pronuncia: “*Seria absurdo que uma lei protegesse o interesse particular, embora de valor social, com prejuízo e dano para a coletividade. A vida em comum nas sociedades deve restringir direitos para evitar inconvenientes para outros direitos, mormente gerais.*”(RT 562/409).

O mesmo autor, antes mencionado – Barros, Marco Antônio de – acrescenta:

“Alguém que revela, sem justa causa segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem, está sujeito a suportar a pena de detenção de três meses a um ano, ou multa (art. 154, do CP).

“Três rápidas observações se fazem acerca do dispositivo de ordem material. Uma delas consiste no sereno entendimento doutrinário no sentido de que para configuração da infração penal o dano produzido não se restringe ao aspecto econômico, abrangendo o prejuízo de ordem moral, pública, particular, individual ou familiar sofrido pelo interessado na manutenção do segredo. A segunda observação diz respeito ao sujeito ativo do crime, ou seja, aquele que revela o segredo de que teve ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão.

“A mais objetiva diferenciação entre os tipos de atividade profissional é apresentada por Paulo José da Costa Jr., para quem função é o encargo recebido por lei, decisão judicial ou contrato (tutor, curador, inventariante, síndico, diretores de escola, hospitais ou empresas); ministério é o mister que tem origem em determinada condição social, de fato ou de direito (padre, freira, missionário, assistente social); ofício é a atividade remunerada, mecânica ou manual (sapateiro, ourives, cabeleireiro, costureiro, etc.); profissão é a atividade remunerada, exercida com habitualidade, via de regra de cunho intelectual.

“Finalmente, a terceira observação condiz com a atipicidade do fato quando a revelação seja feita com justa causa. A justa causa identifica-se com o justo impedimento e manter o sigilo, ou com a existência da necessidade de confidência, e ela só pode ser aquilatada no caso concreto. Incluem-se obrigatoriamente neste rol o

estrito cumprimento do dever legal, o estado de necessidade e a própria legítima defesa do confidente.

“Sobre isto, oportuna é a advertência feita por Hermenegildo Rego, ao se questionar se a convocação judicial para depor no processo civil constitui, para o depositário do segredo profissional, justa causa suscetível de legitimar sua revelação. O próprio articulista responde que a revelação do segredo profissional, pelo só fato de ter sido feita em juízo, não deixa de configurar o crime, ressaltando que a revelação de um segredo profissional, feita em juízo, como fora dele, se consubstanciada em justa causa não constituirá crime. Mas a mera situação – depoimento em juízo – não representa, por si, justa causa.

Encontramos outra hipótese de justa causa para a quebra do sigilo médico no tocante aos portadores do vírus da imunodeficiência humana, conforme parágrafo único do artigo 2º da Resolução CFM n.º 1.359/92, *in verbis*:

“O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isso se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente. Será permitida a quebra do sigilo (...) por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhe a informação quanto à sua condição de infectado).”

Por fim, é importante salientar que o instituto da justa causa não deve servir para obrigar o médico a revelar fato sob o título do sigilo profissional. O profissional não pode ser impelido a realizar determinada conduta sem que a lei o obrigue.

No mesmo sentido, concluiu o cons. Hercules Sidnei Pires Liberal, no Parecer CFM n.º 24/90: “(...) o médico somente poderá revelar o segredo médico se o caso estiver contido nas hipóteses de “justa causa”, determinadas exclusivamente pela legislação e não pela autoridade (...)”.

Outra circunstância importante que afasta o dever de sigilo e, conseqüentemente, torna lícita a revelação, senão a caracteriza como impositiva, consiste no dever legal. Aliás, no capítulo que trata sobre os crimes contra a saúde pública está prevista a infração penal denominada omissão de notificação de doença, que se consumará quando o médico deixar de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória, ficando sujeito à aplicação da pena de detenção de seis meses a dois anos, e multa (art. 269 do CP e Portaria n.º 1.100/96 do Ministério da Saúde). Outro exemplo dessa modalidade de dever imposto ao médico encontra-se na lei que trata do planejamento familiar, que submete o médico à idêntica sanção, privativa de liberdade e pecuniária, se deixar de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar (art. 16 da Lei n.º 9.263, de 12.1.1996).

Também a Lei n.º 3.688/41 (Lei de Contravenções Penais) impõe um dever legal ao profissional médico no exercício da medicina, conforme o inciso II do art. 66: “Deixar de comunicar à autoridade competente crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal.”

A outra situação que libera o médico do dever de manter sigilo ocorre



quando há autorização expressa do paciente para a revelação do fato. É claro que a autorização em si não obriga o médico a depor sobre o que souber ou tiver conhecimento acerca do seu cliente, descoberto em razão do exercício de sua profissão. Aqui também nos parece que a decisão sobre a revelação, ou não, se transfere para a consciência do médico, a quem caberá sobre ela posicionar-se.

Também é o já referido doutrinador – Marco Antônio de Barros que refere: “Mas o que mais tem atormentado nossos tribunais no que se refere ao sigilo médico não é propriamente o seu depoimento testemunhal em juízo, mas sim os desentendimentos que derivam da recusa por parte de médicos e diretores de hospitais em atender as requisições feitas por juizes para que sejam apresentadas as fichas clínicas de pacientes e prontuários médicos.”

*“Cabe indagar-se: tais informes estariam acobertados pelo apanágio sigilo? Impõe-se ou não a obrigatoriedade de apresentação das fichas clínicas e prontuários médicos ao juiz?”*

“Constantes e acalorados são os debates que cercam esta questão, propiciando o surgimento de posições extremadas, como aquela sustentada por Moreira de Carvalho, para quem ‘existe justa causa para o Poder Judiciário requisitar informações e cópias de fichas clínicas, sendo a prestação por parte de médicos e hospitais perfeitamente legal, não configurando qualquer tipo de infração, pois a revelação não é leviana e sim técnica, clara e objetiva, para responder aos interesses da sociedade. O não-atendimento da requisição importa no crime de desobediência’.

*“Não concordamos com esse posicionamento. Preferimos acompanhar a colocação feita por Wolfgang Stein que, ao citar Eduardo Espínola Filho, anotou que a justa causa para compelir ao desnudamento do segredo médico só pode ser um motivo legal, isto é, uma causa reconhecida pelo legislador como derogatória do direito de silenciar. Aliás, a inteligência dos dispositivos legais que envolvem o segredo profissional médico foi enfrentada como ímpar profundidade pela mais alta Corte do País, cujo julgador tornou-se famoso pela riqueza dos votos exarados por seus eminentes ministros, estando publicado na RT 562/407, donde se abstrai que a ‘a pública potestade só forçará o desvendar de fato sigiloso se a tanto autorizada por específica norma de lei formal. Trata-se de atividade totalmente regrada, prefixados os motivos pelo legislador, a não comportar a avaliação discricionária da autoridade administrativa ou judiciária do que possa constituir justa causa para excepcionar o instituto jurídico da guarda do segredo profissional. Este tutela a liberdade individual e a relação de confiança que deve existir entre profissional e cliente, para a proteção de um bem respeitável, como o é o direito à salvação adequada da vida ou da saúde. No embate com o direito de punir, o Estado prefere aqueles outros valores’.*

“Encontramos apoio para esta tese em venerando acórdão do TJSP, relatado pelo Desembargador Geraldo Gomes, publicado na RT 567/83, com a seguinte ementa: ‘Embora a obrigatoriedade do sigilo profissional não se apresente em caráter absoluto, admitindo exceções, também esbarra em restrições o poder ou faculdade da autoridade em requisitar informes ou elementos para instruir processos criminais. Assim, não se cuidando de crimes relacionados com a prestação de socorro médico ou de moléstia de comunicação compulsória, em que fica o profissional desonerado do aludido sigilo, é de se ter por subsistente cuidando-se de tratamentos particulares, seja

no tocante à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. Por isso, neste mandado de segurança entendeu-se estar caracterizado o constrangimento ilegal, decorrente da intimação judicial feita a médico e hospital para apresentar as fichas clínicas e prontuários da vítima de suicídio, sob pena de responsabilidade e desobediência. Entendeu-se, afinal, ser inadmissível a intimação por ofensa ao sigilo profissional, constatando-se, ademais, a ausência de justa causa para tal exigência’.

*“Existem outros exemplos na jurisprudência confirmando o respeito que se devota ao sigilo médico. Conforme se verifica julgado prolatado pelo TASP, publicado na RT 643/304, ao proceder o interrogatório judicial o réu teria afirmado ser portador do vírus da Aids. Diante disso, o juiz requisitou informações ao hospital, sob pena de desobediência. Impetrado habeas corpus em favor da médica, seguiu-se a edição do acórdão relatado pelo juiz Walter Swensson, de cujo teor se destaca: ‘Existem restrições ao poder ou faculdade de autoridade judiciária de requisitar informações no que se refere a tratamento médico a que está submetida pessoa, seja no pertinente à espécie de enfermidade, seja quanto ao diagnóstico ou à terapia aplicada. O sigilo profissional a que está sujeito o médico só pode ser dispensado para fornecimento de informe ou elementos para instrução de processos-crime que visem à apuração de infrações criminais relacionadas com a prestação de socorro médico ou moléstia de comunicação compulsória. Assim, não caracteriza crime de desobediência a conduta do facultativo que deixa de atender a requisição judicial de informações sobre o estado de saúde de réu em processo-crime sob a violação de sigilo profissional, uma vez que não necessária a providência à instrução de processo-crime, podendo, ademais, as informações respectivas, devidamente atualizadas, ser obtidas através de inspeção médica na própria comarca ou em hospital da rede penitenciária, sendo irrelevante o fato de ter o interessado anuído ao seu fornecimento se tal anuência não constava do ofício respectivo, lícito, portanto, à médica supô-la inexistente” (op. cit. n.º 01).*

Consequentemente, a requisição judicial, por si só, não é “justa causa”, conforme estabelecido pelo STF no HC retromencionado – HC – 39.308-SP – relator ministro Pedro Chaves, cuja ementa transcrevemos:

*“Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência de revelação de sigilo e participação de anotação constante das clínicas e hospitais. Habeas Corpus concedido”.*

A mesma excelsa Corte, por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário n.º 91.218-SP, sendo relator o min. Djaci Falcão (RT JSTF 101/676), estabeleceu que a apresentação do prontuário e anotações só tem cabimento quando consentida pelo paciente, ou quando não for em detrimento deste, e ainda com a ressalva de que tais documentos devem ser Apenas postos à disposição para perícia médica, sob sigilo pericial.

Também é do STF o seguinte aresto, assim ementário:

*“É constrangimento ilegal exigir-se de clínica ou hospital a revelação de suas anotações sigilosas”(RTJ 101/176 – “Apud” Celso Delmanto – “Código Penal Comentado”.*

Na mesma fonte – a obra de Celso Delmanto – colhem-se ainda as seguintes manifestações jurisprudenciais:

“O sigilo médico só pode ser dispensado para instrução de processos-crime que visem à apuração de infrações relacionadas com a prestação de socorro médico, ou moléstia de comunicação compulsória” (TACrSP – RT 643/304).

“Ficha médica: colocada ela à disposição do perito, que não está preso a sigilo profissional, mas só ao segredo pericial, não se pode exigir sua entrega em juízo” (STF – RT 101/676) (Trata-se de trecho do acórdão supra mencionado – nota do parecerista).

“Ficha médica: O hospital não está obrigado a entregá-la (TACrSP – 479/326).

Além disso, o dever legal só existe quanto a comunicação, nos casos de doença de notificação compulsória (art. 269 do CP) e de crime de ação pública, quando não exponha o paciente a processo criminal (art. 66 da Lei das Contravenções Penais). Veja-se que o núcleo penal em tais casos está na omissão de comunicação, e não no dever de enviar prontuário, como parece vem sendo entendido por autoridades requisitantes.

O médico está sujeito por dever ético e legal ao seu Código de Ética, que, como lei, atende à cláusula pétreia da CF, que é o direito individual à privacidade.

Poder-se-ia cogitar de que na situação posta em liça – crimes de ação pública -, em que se requisita o prontuário da vítima, haveria embate entre o direito individual (da vítima), que obriga ao sigilo, e o direito da sociedade de apurar o crime. Isso parece ter sido o móvel da requisição judicial, que buscaria suporte no resguardo do interesse social ou público.

Todavia, assim não é, *data venia*, e o colendo STF o expressou muito bem no HC citado e também no Rext retro mencionado. O dever de guarda do prontuário não pode ser quebrado pelo médico (hospital ou clínica) sem a autorização do paciente. A solução foi claramente posta pelo Pretório Excelso no Rext já referido quando alude que o hospital pode por à disposição o prontuário para perícia (médico legista), sob sigilo pericial.

A razão claramente é a proteção do indivíduo e é até singela – é que o prontuário não abarca só o fato em si (a patologia apresentada) na internação, mas toda a situação de saúde do paciente, que pode ter todo interesse – e a constituição lhe garante tal direito – de não ver a sua vida devassada.

Nisso, há também um aspecto social de grande importância, especialmente nos dias que correm, além da questão do direito individual: tornando-se rotineira a requisição judicial do prontuário médico de alguém, o paciente, sabedor desse fato, poderá deixar de revelar a seu médico assistente aspectos importantes de sua vida (certas patologias), ante o receio de vê-los revelados. Isso causa, na verdade, grave perigo social, pois a omissão de certos pormenores de saúde podem transformar-se em grave risco social (ex. o paciente poderá não revelar ser portador de HIV, de tuberculose, etc., quando esteja sendo tratado de outra doença...).

Afigura-se que a autoridade judicial, bem como o órgão do Ministério Público ou a autoridade policial no exercício de seu poder-dever de investigação de delito de ação pública não podem deixar de lado tais preocupações com o cumprimento da lei e da Constituição, cujas disposições repousam exatamente no conjunto dos interesses – o individual e o social. Não se nega o dever de apuração e de cooperar com a apuração de delito grave e de ação pública. Mas a solução não pode ser, como diz o

egrégio STF, a pretexto de apurar um crime cometer outro (quebra do sigilo médico) – art. 154 do CP. A solução é a apontada por aquela alta Corte – põe-se à disposição no hospital ou clínica – a documentação para que ali se realize a necessária perícia, que há de ser restrita aos fatos da causa em questão (apuração de homicídio, lesão grave, etc., no caso) e não sobre a totalidade do conteúdo do prontuário que pode ter informações que só ao paciente e ao seu médico interessam.

(Obs.: há que se referir que na atual processualística penal brasileira a lesão leve depende de representação da vítima, portanto não se trata mais de ação pública incondicionada).

Por todas essas observações conclui-se que não pode ser mantido o entendimento da Resolução CFM n.º 999/80.

Deve-se dizer, inicialmente, que a citada resolução aludia às disposições do Código de Ética Médica, publicado no Diário Oficial da União de 11.1.65, posteriormente revogado pela Resolução CFM n.º 1.154/84 – Código de Deontologia Médica -, por sua vez revogado pelo atual Código de Ética Médica – Resolução CFM n.º 1.246/88.

Discorda-se, assim, *data venia*, do Parecer n.º 377/98 do Setor Jurídico deste CFM, que expressou que o conteúdo do art. 2º da citada Resolução n.º 999/80 estaria em vigor, porque de acordo com a legislação. Penso ter demonstrado que a melhor interpretação da legislação, incluindo o próprio Código de Ética Médica vigente, é a que acima se expôs.

Acrescente-se que ante a repetição de fatos da natureza daqueles referidos na consulta, impõe-se edição de resolução explicitando o entendimento quanto ao segredo médico e às requisições de prontuários e documentos médicos por autoridades.

Dessa forma, respondendo às indagações do consulente:

1. Aos questionamentos n.ºs 1 e 2, responde-se que o médico só pode fornecer os documentos com autorização do paciente. Em se tratando de crime de ação pública incondicionada, pode por os documentos à disposição da autoridade investigante, para perícia, desde que não haja possibilidade de instauração de procedimento criminal contra o paciente;

2. Os demais questionamentos ficam, na verdade, prejudicados pela resposta anterior.

### III – CONCLUSÃO

Pelo exposto, opino no sentido de que o médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo de seu prontuário, mas em se tratando de possível delito de ação pública, e sendo necessário para a investigação, pode por o prontuário à disposição de perito médico legal indicado, para que examine o conteúdo do prontuário apenas no que diz respeito ao que interessa à apuração do fato, guardado o sigilo pericial, desde que isso não implique procedimento criminal contra o próprio paciente.

Sugiro, acaso aprovado o presente parecer, que seja editada resolução sobre a matéria, revogando expressamente a Resolução n.º 999/80.

A resolução deve ser imediatamente comunicada às Corregedorias-Gerais da Justiça; Procuradorias da Justiça e da República; Ministério da Justiça; Polícia Federal e Secretarias de Segurança dos Estados, a fim de evitar constrangimentos aos médicos que, no exercício da direção de hospitais e clínicas, só buscam cumprir o estabelecido no atual Código de Ética Médica.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 10 de agosto de 2000.

Luiz Augusto Pereira  
Cons. Relator

Parecer CFM n.º 22/2000  
Processo-Consulta n.º 1973/2000  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 24/8/2000

**Palavras-chave:** sigilo médico, prontuário médico, solicitação judicial, solicitação de prontuário, consentimento, liberação de prontuário

**Key-words:** medical secrecy, medical record, legal solicitation, record solicitation, consentiment, record liberation

# QUANDO HÁ EXIGÊNCIA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

## EMENTA

- I – Não pode ocorrer o cerceamento do livre exercício profissional pelo fato de o médico não possuir especialidade médica;
- II – Para registro da especialidade médica junto aos Conselhos de Medicina, é necessário que a especialidade e a entidade que emitiu o título de especialista sejam reconhecidos pelo CFM;
- III – Não se pode exigir do médico título de especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Mediante consulta realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sobre exigência de título de especialista para o exercício de atos médicos, adoto, em parte, parecer da Assessoria Jurídica que transcrevo abaixo:

## I – RELATÓRIO

1 – Trata-se de consulta formulada pelo CREMESP nos seguintes termos, *in verbis*:

“É admissível a apresentação de um título de especialista em especialidade não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (ex. ultra-sonografia, oncologia clínica, neuropediatria, etc.) para provimentos de cargos públicos ou privados, na área médica”.

2 – O consulente exalta parecer datado de 27.7.85, da lavra do eminente consultor jurídico deste Conselho Federal, Dr. Antônio Carlos Mendes, nos seguintes termos, *in verbis*:

“Há que se ressaltar o seguinte aspecto: a comprovação da especialidade é dada pelo registro do título do Registro de Especialistas do Conselho Regional de Medicina, entidade competente para legalizar o mencionado título de especialista, na forma do disposto na Resolução CFM n.º 1.086/82.

Portanto, sendo de competência exclusiva do Conselho Regional de Medicina a legalização ou jurisdição do título de especialista, não pode o órgão ou entidade que pretende realizar o concurso público impor qualquer outra formalidade para comprovação da especialidade, ou seja, de qualificação subjetiva do candidato.”

3 – Instado a se manifestar sobre a matéria, objeto desta consulta, o setor Jurídico tece os comentários pertinentes.

## II – PARECER

4 – A exigência do título de especialista para o exercício de atos médicos tem sido objeto de consultas e questionamentos junto a este Conselho Federal. De pronto, é necessário recordar que além da Lei n.º 3.268/57, Constituição Federal, em seu artigo 5º, XIII, expressa de forma cristalina o entendimento que o “exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão é livre, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

5 – O Código de Ética Médica – CEM, aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246/88, regente da ética médica por todo o país, quando trata de seus princípios fundamentais, em seu artigo 8º, dispõe que “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”.

6 – Esta Casa tem posicionamento pacífico no tocante ao cerceamento do exercício profissional em virtude do médico não possuir título de especialista. O ilustre conselheiro federal, Dr. Edson de Oliveira Andrade, através do Parecer CFM n.º 08/96, aprovado em 14.6.96, defende a tese de que *“nenhum especialista possui exclusivamente na realização de qualquer ato médico. O título de especialista é apenas presuntivo de um “plus” de conhecimento em uma determinada área da ciência médica”*. Continuando, alega que *“o conhecimento médico é usufruto da sociedade, podendo dele fazer uso o médico que estiver devidamente habilitado e/ou capacitado. Um título de especialista é apenas uma presunção desta capacitação, posto que a habilitação já está contida no próprio diploma médico”*.

7 – Nesse mesmo sentido é o entendimento do conselheiro federal Dr. Júlio César Meirelles Gomes, através do Parecer CFM n.º 27/95, de 12.1.95, onde esclarece que *“a titulação representa uma possibilidade de fomentar e estimular a especialização mediante prerrogativas culturais criadas pelas sociedades médicas sem no entanto dispor de força legal para o impedimento do ato médico específico para o não-especialista”*. Portanto, resta claro que inexistente restrição para o exercício da atividade profissional, sob o argumento da obrigatoriedade especialidade em determinada área médica, e ainda, a necessária luta dos médicos, no sentido de fazer valer o seu direito de livre exercício da atividade profissional.

8 – É imperioso esclarecer que o Conselho Federal de Medicina, em conformidade com o pensamento dos entendimentos acima citados, não objetiva obstaculizar o avanço científico em cada área médica, obtido através de pesquisas. Este mesmo entendimento é adotado pelo Dr. Edson Andrade no parecer supracitado, quando defende que *“não se advoga medidas de restrição ao avanço científico e nem se desconhece a impossibilidade de se dominar inteiramente o atual conhecimento médico. Com o que não se pode concordar é com o apossamento de determinados atos e procedimentos por parte de algumas especialidades, arvorando-se em donas do conhecimento científico”*.

9 – Ademais, é necessário recordar que o Conselho Federal de Medicina, no exercício de suas funções, tem através de resoluções regulamentado os requisitos básicos para o reconhecimento e devido registro das especialidades médicas junto aos Conselhos Regionais – especialidades estas que não inibem a atuação de outro médico sem o referido título de especialista, servindo apenas como referência quanto à publicidade do médico como especialista e ao procedimento adequado para registro da especialidade médica junto aos Conselhos Regionais de Medicina.

10 – Através da Resolução CFM n.º 1.441/94, restou definida a necessidade de se estabelecer uma listagem das especialidades médicas, para efeito de registro de Qualificação de Especialistas junto aos Conselhos Regionais de Medicina e atualização de suas denominações. Pré-requisito essencial para o reconhecimento e devido registro da especialidade junto aos Conselhos Regionais de Medicina é a citação da especialidade médica na resolução em referência. Sendo assim, por mais variadas que possam ser as especialidades existentes no mundo médico, somente poderão ser legalmente registradas nos Conselhos de Medicina as especialidades constantes da Resolução CFM n.º 1.441/94.

11 – Outro pré-requisito essencial para que o médico possa registrar sua especialidade junto aos Conselhos Regionais é que o título de especialização seja proveniente de determinadas instituições. Este procedimento possui alicerce na necessidade de racionalização e uniformização dos critérios e procedimentos dos títulos de especialistas, conforme dita a Resolução CFM n.º 1.288/89, autorizando os Conselhos Regionais de Medicina a registrar os títulos de especialistas conferidos por *“Sociedades*

e Especialidades filiadas à AMB (nos termos do convênio CFM/AMB, regulamentado pela Resolução CFM n.º 1.286/89); Residências Médicas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica e reconhecidas pelo Ministério da Educação; as Sociedades Brasileiras de Cirurgia Plástica, Patologia Clínica, Angiologia, Cirurgia Cardiovascular e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões". Esta resolução reforça, ainda, o primeiro pré-requisito citado, qual seja, o entendimento de que os Conselhos Regionais só deverão registrar os títulos de especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

12 – Portanto, partindo para a análise do questionamento realizado pelo consulente, não existe subsídio para que qualquer entidade ou órgão, público ou particular, exija a apresentação de título de especialista que não seja devidamente reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina conforme a Resolução CFM n.º 1.441/94.

### III – CONCLUSÃO

1 – Diante do exposto neste parecer, entende este Setor Jurídico, baseado na Constituição Federal, no Código de Ética Médica e na legislação pertinente à matéria, que nenhuma entidade ou órgão, seja ele particular ou público, pode restringir o livre exercício profissional pelo fato do médico não possuir título de especialista em determinada área médica. Além disso, perante este Conselho Federal, somente é válido o título de especialista em especialidade aceita e reconhecida através da Resolução CFM n.º 1.441/94.

2 - É necessário, ainda, para registro de especialidade junto aos Conselhos de Medicina, o preenchimento de dois requisitos essenciais, são eles: (a) o reconhecimento da especialidade pelo CFM conforme a Resolução CFM n.º 1.441/94 e (b) a emissão do título de especialista por determinadas entidades constantes da Resolução CFM n.º 1.288/89.

Desse modo e exemplificando as especialidades citadas pelo consulente em seu questionamento, constata-se que a ultra-sonografia e a oncologia clínica não estão previstas como especialidades reconhecidas isoladamente, embora a primeira esteja contida na especialidade de radiologia e imagenologia, enquanto a segunda faz parte da especialidade de cancerologia além de programa de Residência Médica, ambas previstas na Resolução CFM n.º 1.288/89. No tocante a especialidade de neuropediatria a mesma encontra-se legalmente prevista, sob a denominação de Neurologia Pediátrica, na Resolução CFM n.º 1.441/94, preenchendo um dos requisitos para o seu reconhecimento junto ao Conselho Regional de Medicina.

Remetendo-nos, por fim, ao PC CFM n.º 2.876/98, da lavra desta mesma conselheira, onde concluímos que não se pode restringir o livre exercício profissional pelo fato do médico não possuir título de especialista em determinada área.

É o parecer, SMJ.

Brasília, 09 de setembro de 1998.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho  
Cons. Relatora

Parecer CFM n.º 02/2000  
Processo-Consulta CFM n.º 6061/97  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/2/2000

**Palavras-chave:** título de especialista, especialidade reconhecida, registro de título, limitar ato médico

**Key-words:** specialist certified, recognize speciality, certified registry, medical act restricted



# **CADASTRO, REGISTRO NO CRM, RESPONSABILIDADE TÉCNICA, CANCELAMENTO DE EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 997, de 23 de maio de 1980, que criou nos Conselhos Regionais de Medicina os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica, respectivamente;

CONSIDERANDO a Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, que instituiu nos Conselhos Regionais de Medicina a obrigatoriedade do registro das empresas de prestação de serviços médico-hospitalares e a anotação dos profissionais legalmente habilitados;

CONSIDERANDO ser atribuição do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina supervisionarem a ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme determina o artigo 2º da Lei n.º 3.268/57, e tendo em vista que a prestação de serviços médicos, ainda que em ambulatórios e por empresa cujo objetivo social não seja prestação de assistência médica, caracteriza atividade médica passível de fiscalização;

CONSIDERANDO a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que determinou que para a obtenção da autorização de funcionamento expedida pelo órgão responsável as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem, entre outros requisitos, comprovar o registro nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada no dia 23 de outubro de 2001,

## **RESOLVE**

Art. 1º - Baixar a presente instrução, constante no anexo a esta resolução, aos Conselhos Regionais de Medicina, objetivando propiciar a fiel execução da Resolução CFM n.º 997, de 23 de maio de 1980, da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, e da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º - Esta resolução e as instruções constantes no anexo entram em vigor na data da publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Resoluções CFM n.ºs. 1.214, de 16 de abril de 1985, 1.588, de 11 de novembro de 1999, 1.589, de 15 de dezembro de 1999, e 1.604, de 15 de setembro de 2000.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001.

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Rubens dos Santos Silva  
Secretário-Geral

Resolução CFM n.º 1626/2001  
Publicado em DOU de 26/10/2001

**Palavras-chave:** cadastro no CRM, empresas médicas

**Key-words:** Medical registration, medical company

**ANEXO À RESOLUÇÃO CFM N.º 1.626/2001**  
**CAPÍTULO I**  
**CADASTRO E REGISTRO**

Art. 1º - A inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento prestador e/ou intermediador de assistência médica dar-se-á através do cadastro ou registro, obedecendo-se as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 2º - Os estabelecimentos hospitalares e de saúde, mantidos pela União, estados-membros, municípios, bem como suas autarquias e fundações públicas, deverão se cadastrar nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição territorial, consoante a Resolução CFM n.º 997, de 23 de maio de 1980.

Parágrafo único – As empresas e/ou instituições prestadoras de serviços exclusivos médico-hospitalares mantidas por associações de pais e amigos de excepcionais e deficientes, devidamente reconhecidas como de utilidade pública, nos termos da lei, devem cadastrar-se nos Conselhos Regionais de Medicina da respectiva jurisdição territorial.

Art. 3º - As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de direito privado deverão ser registrados nos Conselhos Regionais de Medicina da jurisdição em que atuarem, nos termos da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980, e Lei n.º 9.656, de 3 de julho de 1998.

Parágrafo único – Estão enquadrados no “caput” deste artigo:

- a. As empresas prestadoras de serviços médico-hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento;
- b. As empresas, entidades e órgãos mantenedores de ambulatórios para assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares;
- c. As cooperativas de trabalho e serviço médico;
- d. As operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo e de planos de autogestão e as seguradoras especializadas em seguro-saúde;
- e. As organizações sociais que atuam na prestação e/ou intermediação de serviços de assistência à saúde;
- f. Serviços de remoção, atendimento pré-hospitalar e domiciliar;
- g. Empresas de assessoria na área de saúde;
- h. Centros de pesquisa na área médica;
- i. Empresas que comercializam serviços na modalidade de administradoras de atividades médicas.

Art. 4º - A obrigatoriedade de cadastro ou registro abrange, ainda, a filial, a sucursal, a subsidiária e todas as unidades das empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou intermediadores de assistência à saúde citadas nos artigos 2º e 3º desta resolução.

Art. 5º - O cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento deverá ser requerido pelo profissional médico responsável técnico, em requerimento próprio, dirigido ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição territorial.

Art. 6º - Do requerimento, devem constar as seguintes informações:

- a. Relação de médicos componentes do Corpo Clínico;
- b. Número de leitos;
- c. Nome fantasia, caso haja;
- d. Nome e/ou razão social;
- e. Endereço completo;
- f. Natureza jurídica;
- g. Tipo de estabelecimento (hospital, clínica, laboratório, dentre outros);
- h. Capital social;
- i. Especialidades desenvolvidas;
- j. Nome e número de CRM do profissional médico responsável técnico;
- k. Nome e número de CRM do profissional médico diretor clínico eleito, caso haja;
- l. Qualificação do corpo societário;
- m. Qualificação do responsável pela escrita fiscal;
- n. Número de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda;
- o. Licença de funcionamento da Prefeitura Municipal, de acordo com legislação local;
- p. Alvará da Vigilância Sanitária.

Parágrafo primeiro – O requerimento a que se refere o “caput” deste artigo deverá ser instruído, no mínimo, com as seguintes documentações:

- a. Instrumento de constituição (contrato social, estatuto, ata de fundação, dentre outros);
- b. Cópia do cartão de inscrição no CNPJ do Ministério da Fazenda;
- c. Alteração do instrumento de constituição, caso haja;
- d. Comprovante de pagamento das taxas de inscrição, anuidade e certificado;
- e. Ata da eleição do diretor clínico e Comissão de Ética, quando for o caso;
- f. Alvará da Vigilância Sanitária;
- g. Licença da Prefeitura Municipal para funcionamento.

Parágrafo segundo – A alteração do cadastro ou registro somente será efetuada após a emissão do documento de liberação pelo Setor de Fiscalização do CRM.

Art. 7º - A alteração de quaisquer dos dados deverá ser comunicada ao Conselho Regional de Medicina competente, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua ocorrência, sob pena de procedimento disciplinar envolvendo o médico responsável técnico.

Art. 8º - A regularidade do cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento é dada pelo certificado de cadastro ou registro, a ser requerido e expedido anualmente, no mês do vencimento, desde que não haja pendências no Departamento de Fiscalização.

## **CAPÍTULO II**

### **RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Art. 9º – O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 10 – A responsabilidade técnica médica de que trata o artigo anterior somente cessará quando o Conselho Regional de Medicina tomar conhecimento do

afastamento do médico responsável técnico, mediante sua própria comunicação escrita, através da empresa ou instituição onde exercia a função.

Art. 11 – A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento promoverá a substituição do diretor técnico ou clínico no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do impedimento, suspensão ou demissão, comunicando este fato ao Conselho Regional de Medicina – em idêntico prazo, através de requerimento próprio assinado pelo profissional médico substituto, sob pena de suspensão da inscrição – e, ainda, à Vigilância Sanitária e demais órgãos públicos e privados envolvidos na assistência pertinente.

Art. 12 – Ao médico responsável técnico que também fizer parte do corpo societário da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento somente é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica mediante requerimento próprio informando o nome e número de CRM de seu substituto naquela função.

### **CAPÍTULO III ANUIDADE E TAXAS DE REGISTROS**

Art. 13 – As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos cadastrados nos Conselhos Regionais de Medicina, enquadrados no artigo 2º e respectivo parágrafo único deste anexo, são isentos do recolhimento de anuidades e taxas de registros.

Art. 14 – As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, enquadrados no artigo 3º e respectivo parágrafo único desta Resolução, estão obrigados ao recolhimento de anuidades e taxas de registro estipuladas pelo Conselho Federal de Medicina através de resoluções específicas.

Art. 15 – As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, nos termos da lei, bem como aqueles mantenedores de ambulatórios de assistência médica a seus funcionários, afiliados e familiares, cuja atividade-fim não é a saúde, pagarão anuidade com base na primeira faixa de capital social estipulada pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 16 – Quando situado na jurisdição do Conselho Regional de Medicina e, pois, dentro do estado, a anuidade devida é calculada sobre o total do capital social, independentemente do número de filiais, representações ou estabelecimentos.

Parágrafo primeiro - A filial, sucursal, subsidiária ou unidade de saúde, que tenha capital social destacado pagará anuidade limitada à metade do valor da anuidade paga pela matriz ou estabelecimento-sede.

Parágrafo segundo - Quando a matriz ou estabelecimento-sede se situar em outro estado, a filial pagará anuidade limitada à metade do valor da anuidade paga pela matriz ou estabelecimento-sede.

Art. 17 – Os pagamentos das anuidades e taxas de registro far-se-ão mediante guia própria emitida pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 18 – A anuidade será paga até 31 de março de cada ano, salvo a primeira, cujo pagamento será devido no ato do registro da empresa.

Art. 19 – As empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos, sujeitos ao registro nos Conselhos Regionais de Medicina, que se constituírem após o mês de janeiro de cada ano, pagarão as taxas de registro, bem como a primeira anuidade devida, com o pedido de registro, na proporção de 1/12 (um doze avos) por mês de atividade, entendendo-se como início da atividade a data constante do protocolo no requerimento de registro.

Art. 20 – Quando do requerimento de cadastro ou registro, bem como de qualquer outra solicitação perante os Conselhos Regionais de Medicina, as empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos, e seus médicos responsáveis técnicos, diretores clínicos, integrantes do corpo societário e clínico, deverão estar quites com suas respectivas anuidades.

#### **CAPÍTULO IV CANCELAMENTO**

Art. 21 – O cancelamento de cadastro ou registro dar-se-á nas seguintes hipóteses:

1) - Pelo encerramento da atividade e requerido pelo interessado, fazendo-se instruir com:

a. Requerimento, assinado pelo responsável técnico, proprietário ou representante legal, solicitando o cancelamento do registro;

b. Pagamento da taxa de cancelamento, em caso de registro;

c. Distrato social ou documento semelhante (baixas no CNPJ do Ministério da Fazenda ou no cadastro da Prefeitura Municipal;

d. Caso os itens acima estejam corretos, o cancelamento será efetuado no âmbito do Conselho Regional de Medicina, após homologação da Plenária.

2) Como penalidade, após decisão definitiva.

Art. 22 – O pedido de cancelamento do registro ou o processo de cancelamento punitivo do registro serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina, cabendo, no segundo caso, recurso ao Conselho Federal de Medicina, no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 23 – O cancelamento punitivo não elide as penalidades sobre o responsável médico ou clínico ou demais médicos da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento.

Art. 24 – Caso a empresa, instituição, entidade ou estabelecimento não estiver quites com a anuidade quando do pedido de cancelamento de registro, pagará a última anuidade na proporção de 1/12 (um doze avos) por mês de atividade, entendendo-se como final da atividade a data constante do protocolo no requerimento de cancelamento ou a data do documento de baixa expedido por outro órgão oficial.

Art. 25 – O cancelamento de cadastro ou registro da pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina encerra definitivamente as atividades médicas da empresa.

#### **CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 26 – A Comissão de Ética Médica, as demais Comissões, bem como o Regimento Interno de Corpo Clínico, obedecerão as normas estabelecidas pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 27 – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Federal de Medicina.

Resolução CFM n.º 1626/2001  
Publicado em D. O. U. de 26/10/2001

**Palavras-chave:** resolução CFM, empresa de assistência médica, cadastramento no CFM, responsabilidade técnica

**Key-words:** Federal Council resolution, assistance medical bussiness, Federal Council registration, technic responsibility

# PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA PODE CANDIDATAR-SE A CONCURSO PÚBLICO

## EMENTA

Transplantado renal não é deficiente físico e pode prestar concurso público em igualdade de condições com os demais candidatos.

## DA CONSULTA

Por e-mail, C.R.D.G. pergunta se pessoas que realizam transplante de rim em decorrência de problema congênito podem ser enquadradas como portadoras de deficiência física, principalmente no caso de prestarem concurso público para promotor de Justiça ou juiz.

## DO PARECER

A Declaração dos Direitos do Deficiente, proclamada pela Assembléia Geral da ONU (Resolução n.º 3.447, de 9.12.75), considera deficiente toda pessoa em estado de incapacidade de prover por si mesma, no todo ou em parte, as necessidades de uma vida pessoal ou social normal, em consequência de uma deficiência congênita ou não de suas faculdades físicas ou mentais.

A Convenção n.º 159/83 da OIT, que trata da promoção da criação e desenvolvimento de serviços de adaptação e readaptação profissionais, tendo em vista a ocupação e o emprego dos deficientes, considera como deficientes as pessoas cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado, bem como progredir no mesmo, fiquem substancialmente reduzidas em virtude de deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada.

Deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esta é a conceituação adotada pelo Decreto n.º 3.298, de 20.12.99, regulamentador da Lei n.º 7.853, de 24.10.89, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Art. 3º, I). No artigo 4º, o decreto em tela estipula que a pessoa portadora de deficiência deve estar enquadrada em qualquer das seguintes categorias: deficiência física, auditiva, visual, mental ou múltipla.

João Baptista Cintra Ribas (As Pessoas Portadoras de Deficiência na Sociedade Brasileira. Brasília: CORDE, 1997) esclarece que deficiência é a restrição ou falta de habilidade, resultante de prejuízo (diminuição ou anormalidade da estrutura ou das funções anatômicas, físicas ou psicológicas), para realizar uma atividade dentro dos padrões de alcance dos seres humanos.

Segundo esse raciocínio, transplantado de rim não é deficiente e essa condição não impede a realização de concurso público. Mesmo na hipótese de deficiência, há que se ressaltar que a Constituição Federal (Art. 7º, XXXI) proíbe qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência, porque a igualdade perante a lei não comporta distinção de qualquer natureza (CF, Art. 5º) e é proibida a diferença de critérios de admissão por motivo de sexo, idade, cor (raça) e estado civil (CF, Art. 7º, XXX).

Discriminar é estabelecer diferença, distinguir, separar. Discriminação implica em caráter infundado de uma distinção (Márcio Túlio Viana e Luiz Otávio Linhares Renault).

Discriminação. São Paulo: Editora LTR, 2000, p. 39). Não constituem discriminação, entretanto, as distinções, exclusões ou preferências baseadas nas qualificações exigidas para um emprego determinado, as que se possam justificar em função da segurança do Estado e as que tenham o caráter de medidas de proteção ou assistência especial (Alice Monteiro de Barros. Discriminação no Emprego por Motivo de Sexo, in Discriminação, obra citada, p. 55). Configuram situações de exceção aos princípios da Convenção n.º 111/58 da OIT, que condena políticas ou medidas que privem a pessoa do direito ao trabalho ou lhe neguem oportunidade igual de conseguí-lo e mantê-lo. Como diz Alexandre de Moraes (Direitos Humanos Fundamentais. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2000), é ponderável a ressalva das hipóteses em que a limitação se possa legitimar como imposição da natureza e das atribuições de cargo a preencher.

Pelo princípio da igualdade, que prevê igualdade de aptidão e de possibilidades virtuais, vedando as diferenciações arbitrárias e as discriminações absurdas, o tratamento desigual dos casos desiguais não é proscrito, mas exigência tradicional do próprio conceito de Justiça. Lesa-se a igualdade apenas quando o elemento discriminador não se encontra a serviço de uma finalidade acolhida pelo Direito (Alexandre de Moraes. Direito Constitucional. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1999). Isso demonstra, segundo Luís Felipe Lopes Boson (A Discriminação na Jurisprudência, in Discriminação, obra citada, p. 255), que nem toda discriminação é censurável; a própria regra do Direito, arremata, é exatamente a de estabelecer distinções entre pessoas, coisas ou situações para lhes conferir um tratamento diverso. Nossa Constituição Federal, a propósito, acolhe esse entendimento, proclamando a igualdade de todos, mas, ao mesmo tempo, garantindo reserva de percentual de cargos e empregos públicos aos deficientes (Art. 7º, XXXI e Art. 37, VIII). As atribuições não podem se distanciar da compatibilidade com a deficiência (Art. 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.112/90), mas as empresas devem observar um percentual mínimo obrigatório de empregados nessa situação (Lei n.º 8.213/91). Por sinal, a Lei n.º 8.112/90 (artigos 13 e 14) apenas exige um atestado de aptidão física e mental para posse em cargo público, fornecido por médico do trabalho através do Atestado de Saúde Ocupacional, documento resguardado pelo sigilo profissional (PC/CFM n.º 15/99). A aptidão diz respeito ao binômio função/desempenho, e as patologias não relacionadas constituem apenas anotações no prontuário do empregado.

## CONCLUSÃO

Pessoa transplantada de rim não é deficiente, ou melhor, não é pessoa portadora de necessidades especiais, como eufemisticamente se pretende hoje. De modo que pode perfeitamente prestar concurso público para promotor de Justiça ou juiz em igualdade de condições com os demais candidatos.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 23 de abril de 2001.

Luiz Nódgi Nogueira Filho  
Cons. Relator

Parecer CFM N.º 8/2000  
Processo-Consulta CFM n.º 1164/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/1/2002

**Palavras-chave:** portador de deficiência física, transplantado de rim

**Key-words:** physical handicapped, transplant

# **TRATAMENTO DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA NA FORMA DE DUCHENNE – TERAPIA DE TRANSFERÊNCIAS DE MIOBLASTOS**

## **EMENTA**

É vedada a utilização do procedimento “terapia de transferência de mioblastos”, utilizado em Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne ou em qualquer outra patologia muscular, e a participação de médicos regularmente inscritos nos CRMs em encaminhar pacientes para tal terapia no exterior, por revelar-se ineficaz e apresentar efeitos colaterais danosos ao paciente, à luz do conhecimento científico atual.

## **DOS FATOS**

Trata-se de consulta enviada pelo CREMESP, através de sua presidenta, dra. R.R.P.C., datada de 16 de julho de 2001 e protocolada em 25 do mesmo mês e ano (fls. 2), requerida pelo dr. J.S.G., secretário de Saúde do Estado de São Paulo (fls. 4 a 6) e encaminhada para apreciação da Sindicância n.º 42.238/01, aberta pelo CRM-SP, após ofício da SES-SP, em face de tratamento de Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne, através de “transplante de mioblastos”, bem como propaganda enganosa de médico norte-americano acerca da eficácia do tratamento, o qual vem fraudando o Tesouro Estadual.

A Sindicância n.º 42.238/01-CREMESP encontrava-se em andamento até a data da feitura deste parecer, apurando a participação dos médicos W.F. e E.F.M., responsáveis, respectivamente, pelo pedido de internação e tratamento do menor L.T.F.M., de nove anos e portador de Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne, internado no Hospital Samaritano, em 1997. O tratamento, realizado pela clínica Cell Therapy Research Foundation, nos Estados Unidos da América do Norte, custaria US\$ 174.500,00 (cento e setenta e quatro mil e quinhentos dólares) e abrangeria um implante de mioblastos retirados de parente do sexo masculino. O Estado de São Paulo (e outros estados brasileiros também), através de ação cautelar e inominada convertida pelo MM juiz para condenatória com antecipação de tutela, foi obrigado a depositar judicialmente tal quantia para custear o tratamento. O depósito, destinado ao pagamento de P.K.L., PhD, morador em Memphis, TN/USA, com conta bancária em Hong-Kong, foi retirado, utilizado pela família e repassado ao mesmo. A sentença final da ação judicial foi de improcedência, condenando o autor (o menor e seus pais) a devolver a quantia ao Estado de São Paulo. Desnecessário dizer que a família não tem posses para ressarcir o Tesouro Estadual.

Do ofício GS n.º 1.243/01, da Secretaria de Estado da Saúde/SP, datado de 24 de maio de 2001 e endereçado ao CREMESP, retiramos (fls. 4 e 5):

“(…) Há ampla documentação, que juntamos a este ofício, provando a ineficácia deste tratamento, com consenso mundial sobre o assunto e, ainda, sobre a inidoneidade do profissional em questão, que inclusive foi objeto de procedimento administrativo por parte da FDA, segundo documentação que também incluímos.



(...) A primeira solicitação, portanto, que cumpre fazer a V. Excelência, é que se digne oficial e diligenciar junto ao Conselho Federal de Medicina no sentido de que seja considerada a possibilidade de editar uma resolução que considere sem fundamento científico e, portanto, vetada a prática deste tratamento no Brasil, nos moldes da já existente Resolução CFM n.º 1.243/87 sobre o EDTA, mais especificamente nos termos do art. 1º desta resolução, vez que não se configura, segundo as manifestações dos especialistas que mandamos inclusas, nenhuma hipótese em que o tratamento objeto deste ofício possa ser eventualmente útil. Adicionalmente, como natural medida complementar à anterior, o enquadramento explícito do tratamento com mioblastos para DMP de Duchenne na hipótese da Resolução CFM n.º 1.499/98.

Sugere-se ainda a Vossa Excelência, dada a natural demora na edição da resolução, ampla divulgação à classe médica brasileira sobre os fatos que se passam no presente processo, advertindo os profissionais para que não só observem os termos da nova resolução, quando eventualmente editada, mas que desde já se abstenham de dar seguimento a tais formas de tratamento em território brasileiro (...).

Mais adiante, a Secretaria de Estado da Saúde/SP informa que requereu, sendo-lhe negado por parte do Hospital Samaritano, o prontuário do menor, que alegou falta de autorização dos pais. Informa, ainda, que tal solicitação foi feita inicialmente pela Procuradoria Geral do Estado, buscando da Secretaria de Estado da Saúde/SP o fornecimento de dados sobre o tratamento, e que os pais do menor recusaram-se em submeter o mesmo à avaliação por órgão da Secretaria. Não há dúvida que tal conflito deve ter sido resolvido pelo CREMESP a contento.

Anexo ao Ofício GS n.º 1.243/01, além da liminar condenatória de antecipação de tutela, justificada pela “prova inequívoca da questão, verossimilhança da alegação e fundado receio de dano irreparável”, concedida pelo MM juiz G.F.G., da Comarca de Pederneiras/SP (fls. 25 a 28), encontramos o arrazoado feito pelo advogado D.V., OAB/SC 5098, com endereço em Criciúma/SC (fls. 15 a 24), citando o STF, onde o ministro C.M. desacolheu os argumentos contrários e decidiu manter a decisão do primeiro grau, obrigando o Estado de Santa Catarina a custear o tratamento de um menor com a mesma patologia, nos EUA, de onde retiramos (fls. 21 e 22):

“(…) A singularidade do caso (menor impúbere portador de doença rara denominada Distrofia Muscular de Duchenne), a imprescindibilidade de medida cautelar concedida pelo Poder Judiciário do Estado de Santa Catarina (necessidade de transplante de células mioblásticas que constitui o único meio capaz de salvar a vida do paciente) e a impostergabilidade do cumprimento do dever político-constitucional que se impõem ao Poder Público, em todas as dimensões da organização federativa, de assegurar a proteção à saúde (CF, art. 6º, c/c art. 227, §1º) constituem fatores que, associados a um imperativo de solidariedade humana, desautorizam o deferimento do pedido ora formulado pelo Estado de Santa Catarina.

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

(...) Por tal motivo, indefiro o pedido formulado pelo Estado de Santa Catarina, pois a decisão proferida pela Magistratura Catarinense – longe de caracterizar ameaça à ordem pública e administrativa local, como pretende o Governo Estadual – traduz, no caso em análise, gesto digno de reverente e solidário apreço à vida de um menor que, pertencendo à família pobre, não dispõe de condições para custear as despesas do único tratamento médico-hospitalar capaz de salvá-lo da morte inevitável (...).”

Mais adiante, encontramos resposta a ofício da Secretaria de Estado da Saúde/SP (fls. 29), em papel timbrado da Faculdade de Medicina da USP, assinado pela dra. S.K.N.M. – chefe do Grupo de Miopatias, do Centro de Investigações em Neurologia, do Departamento de Neurologia da FMUSP, datada de 30 de abril de 1997, de onde extraímos (fls. 30 e 31):

“(...) O tratamento de transferência de mioblastos, proposto para tratamento de Duchenne pela referida clínica, foi uma abordagem abandonada pela comunidade científica especializada na área há cerca de dois anos por falta de resultados positivos e intercorrências clínicas pelos seguintes motivos:

1. O tempo de sobrevida das células injetadas é curto,
2. A área beneficiada pela transferência é restrita,
3. Existe rejeição do tipo transplante, com necessidade de uso concomitante de imunossuppressores,
4. Impossibilidade de atingir musculaturas cardíaca e diafragmática com o método.

Não há tratamento similar no Brasil, pois os resultados com este tipo de tratamento não foram satisfatórios. Atualmente, as pesquisas estão direcionadas em busca de tratamento gênico.

Vale ressaltar que a Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne, de herança ligada ao X, apresenta uma incidência de 1:3.000 a 4.000 nascimentos do sexo masculino, e portanto a prevalência desta doença na nossa população é elevada. Se o pedido do J.C. for atendido, apesar dos dados científicos em contrário, questiona-se se os demais pacientes com distrofia não têm acesso sequer a programas de reabilitação fisioterápica, o que comprovadamente melhora a qualidade de vida. Não é preciso salientar que o montante requerido pela família desta única criança custearia programas de reabilitação para inúmeras crianças com Duchenne e beneficiaria indiretamente suas famílias (...).”

Nas folhas 33 a 35, encontramos documento datado de 9 de maio de 2001, assinado pela dra. M.Z. - presidente da Associação Brasileira de Distrofia Muscular, chefe do Grupo de Pesquisas em Doenças Neuromusculares e professora titular de Genética Médica do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo – em resposta a ofício da Secretaria de Estado da Saúde/SP, com parecer técnico a respeito da Distrofia de Duchenne e de transplantes de mioblastos. Do parecer merece destaque:

“(...) No final da década de 80, descobriu-se que o gene da DMD é responsável pela produção de uma proteína muscular, a distrofina. Esta proteína está associada à membrana de cada célula muscular e é fundamental para manter sua integridade. Nos pacientes com DMD a distrofina está ausente devido a um defeito no gene responsável por sua produção. Isto leva a uma degeneração irreversível das fibras musculares que são progressivamente eliminadas e substituídas por tecido conjuntivo ou gorduroso.

(...) Nos últimos 30 anos, vários tratamentos foram testados na DMD com a finalidade de parar ou diminuir o ritmo de progressão desta terrível doença. Alguns trabalhos sugerem que o uso de corticosteróides pode diminuir (não estacionar) o ritmo de progressão da doença, mas os estudos ainda são preliminares e devem ser muito bem controlados devido aos conhecidos efeitos colaterais associados a este tipo de medicação. Portanto, o único tratamento recomendado em nível internacional é a fisioterapia, que ajuda a prevenir deformações, melhora a postura e a capacidade respiratória, e o uso de órteses para aumentar o período de deambulação dos pacientes afetados.

(...) No início da década de 90, cientistas de várias partes do mundo reuniram-se para discutir a possibilidade de tentar um novo tratamento: o implante ou transferência de mioblastos (em inglês, MTT ou "myoblast transfer therapy"), uma técnica que parecia promissora. Consiste em injetar-se mioblastos (células musculares imaturas) retirados e cultivados a partir de um doador normal (em geral, pai ou irmão) no músculo do afetado. A expectativa era de que os mioblastos injetados pudessem se fundir com as fibras musculares distróficas e supri-las com a proteína distrofina normal. Para avaliar a potencialidade do MTT, quatro grupos de investigadores dos Estados Unidos e Canadá submeteram um total de 46 crianças a este tratamento em 1992.

(...) Os estudos (que foram publicados em 1993 e 1996) concluíram que a técnica não era eficaz porque: 1) os mioblastos injetados têm uma capacidade muito pequena de migrar e, portanto, seriam necessários muitos milhares de injeções para atingir toda a musculatura, o que é impraticável; além disso, os mioblastos injetados têm uma reduzida capacidade de divisão e de fusão com o músculo distrófico; 2) observou-se uma forte rejeição contra as células injetadas, apesar da alta dose de imunossuppressores (em geral ciclosporina) administrada antes das injeções; 3) não existe meio de transferir os mioblastos para o músculo diafragma ou o músculo cardíaco que também são atingidos. Não se observou aumento da força muscular em nenhuma das crianças. Além disso, sabe-se que os imunossuppressores têm muitos efeitos colaterais negativos e que a anestesia é um fator de risco considerável para crianças com DMD.

Após analisar os resultados concluiu-se que esta técnica não traria nenhum benefício para crianças com DMD e ela foi interrompida em todas as universidades. Desde então, não houve nenhum progresso que justificasse uma mudança de opinião da comunidade científica e dos especialistas envolvidos com esta linha de pesquisa, como foi discutido em novembro de 1996, na última reunião da sociedade americana para o progresso da ciência.

É importante salientar que como se tratava de uma técnica experimental, nenhuma das famílias envolvidas na experiência inicial pagou por este tratamento, que foi totalmente financiado com verbas de pesquisas".

Na folha 36 encontra-se cópia de documento, assinado pelo dr. R.J.S. - diretor de Pesquisa da Muscular Dystrophy Association - salientando ação da FDA (Food and Drug Administration) contra a propaganda enganosa veiculada pelo dr. P.L. e "aplaudindo a iniciativa e vigilância do FDA em salvaguardar a saúde e o bem-estar daqueles com doença neuromuscular".

Nas folhas 37 a 49 encontram-se duas correspondências da FDA - Department of Health & Human Services, Center for Biologics Evaluation and Research, Office of Establishment Licensing and Product Surveillance, Advertising and Promotional

Labeling Staff, advertindo o dr. P.L. pelas informações inadequadas em sua home page na internet, a respeito da segurança e eficácia do procedimento, e desqualificando-o como pesquisador.

Nas folhas 50 e 51 temos artigos impressos em publicação não identificada, onde consta que o dr. P.K.L. é um pesquisador chinês radicado nos Estados Unidos, sem licença médica para clinicar, que por insistir em usar tal experimento foi afastado da universidade em que trabalhava e fundou uma clínica particular chamada Cell Therapy Research Foundation, cobrando US\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil dólares) pelo tratamento sabidamente ineficaz.

## DISCUSSÃO

Inequivocamente ficou demonstrado que o tratamento à base de transferência de mioblastos, efetuada pelo dr. P.L., nos Estados Unidos da América do Norte, é ineficaz e danoso ao ser humano. Documentos apensos ao parecer, elaborados por especialistas brasileiros na área, são unívocos em afirmar o abandono do procedimento por nefasto e somente continua a ser realizado por pessoa inescrupulosa e afastada do meio acadêmico por interesse financeiro do dr. P.L..

É evidente que não pode prosperar, em nosso meio, a participação de médicos brasileiros em conluio com tal prática, que deve ser abolida definitivamente.

O que nos pede a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo é a edição de resolução do Conselho Federal de Medicina, proibindo a transferência de mioblastos e punindo, exemplarmente, médicos brasileiros que, de forma direta ou indireta, encaminhem pacientes para o procedimento fora do País, sangrando abundante e desnecessariamente os recursos escassos do SUS, que poderiam ser distribuídos com maior equidade.

O CFM já assim agiu em passado recente ao editar a Resolução CFM n.º 1.243/87, condenando a prática de quelação com EDTA, por perigosa à luz do conhecimento científico da época. A Resolução CFM n.º 1.499/98 também proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica.

Hoje, após a edição da Resolução CFM n.º 1.627/2001 (sobre ato médico), que em seu artigo 4º, textualmente, afirma a faculdade do CFM em normatizar os procedimentos médicos experimentais, in verbis: "O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização por profissionais médicos", não resta dúvida acerca da competência do mesmo nesta manifestação.

Este parecer será a própria exposição de motivos e a devida fundamentação para uma resolução normativa e específica para a proibição definitiva da transferência de mioblastos com a participação ou não de médicos brasileiros, mas, mais importante ainda, servirá de base para a Justiça brasileira, revelando que tal procedimento, além de inócua, é prejudicial ao ser humano pela gravidade dos efeitos colaterais apresentados.

## CONCLUSÃO

Por todo o exposto, entendemos ser ineficaz e com efeitos colaterais danosos ao ser humano o procedimento chamado de "terapia de transferência de mioblastos", indicada para Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne, realizada nos Estados Unidos, devendo ser vedada, também, a participação de médicos regularmente inscritos nos CRMs no encaminhamento de pacientes para tal terapia no exterior, devendo ser editada uma resolução sobre o assunto.

Este é o parecer, SMJ.

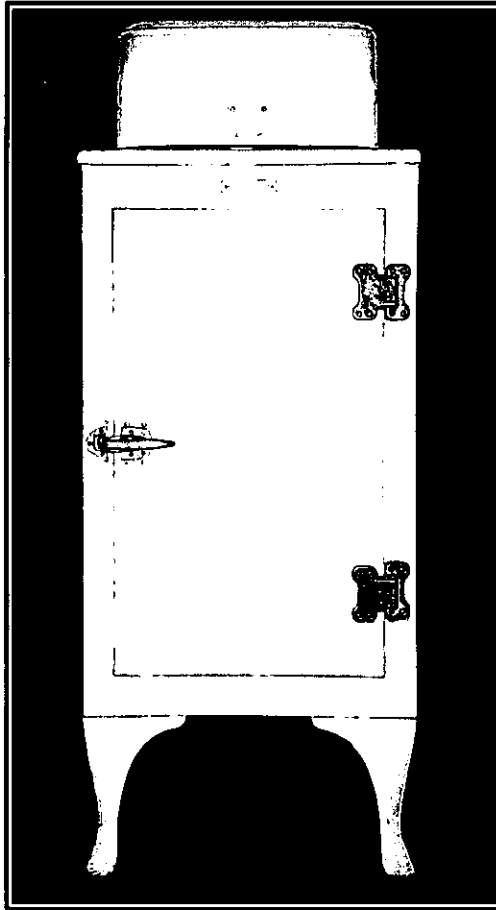
Brasília, DF, 20 de dezembro de 2001.

Roberto Luiz D´Avila  
Cons. Relator

Parecer CFM N.º 02/2002  
Processo-Consulta CFM n.º 4990/2001  
Parecer Aprovado  
Sessão Plenária de 9/1/2002

**Palavras-chave:** tratamento de distrofia muscular progressiva, mioblasto

**Key-words:** progressive muscular dystrophy treatment, mioblast



## Geladeira

Esta peça pertenceu ao Hospital São Francisco e foi usada para produtos farmacêuticos que necessitavam refrigeração até o ano 2001.

É uma geladeira ainda funcionante, raro modelo da década de 1940, refrigerador type 5-42 nº 4-4210058 General Electric, com motor na parte superior e dobradiças externas, e o gás era SO<sub>2</sub>. Esta fábrica há muitos anos não está mais em atividade no Brasil.

Aquisição: Associação Médica do Paraná

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)

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

## 2 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL (CQP)

- Cons. Hélcio 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

### Mandato de 29/05/2001 a 29/05/2002)

- Cons. Roberto Bastos da Serra Freire (Presidente)  
Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Cons<sup>a</sup>. Mariângela Batista Galvão Simão  
Func<sup>a</sup>. Maria Aminda de Souza  
Func. Martin Afonso de Palma

## 6 - COMISSÃO DE SEDE

- Cons. Wadir Rúpollo (Presidente)  
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 REGIONAL DE LONDRINA

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

## DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE APUCARANA

- Dr. José Marcos Lavrador (Presidente)  
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Secretário)  
Dr. Guilherme Augusto Stoner (Colaborador)  
Dr. Evaldo Américo Galhardo Sanches (Licenciado)  
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. Keith de Jesus Fontes (Presidente)  
Dr. Sérgio Luiz Cochinski (Secretário) Licenciado em 08/07/01  
Dr. Moacir João Borguetti (Colaborador)  
Dr. Nelson Ossamu Osaku  
Dr. José Fernando Carvalho Martins (Suplente)  
Dr. Milton Elias de Oliveira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

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

## DELEGACIA SECCIONAL DE GUARAPUAVA

- Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Dias (Presidente)  
Dr. Osmário Edson de Andrade Góes (Licenciado)  
Dr<sup>a</sup>. Alica Darwich (Colaboradora)  
Dr. Humberto Pellegrini Maia (Suplente)  
Dr. Frederico Eduardo W. Vimond (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Iara Rodrigues Vieira (Suplente)

## DELEGACIA SECCIONAL DE PATO BRANCO

- Dr. Paulo Roberto Mussi (Presidente)  
Dr. João Antônio Schemberk Júnior (1<sup>o</sup> Secretário)  
Dr. Eduardo Ernesto Obrzut Filho (2<sup>o</sup> Secretário)  
Dr. Antônio Mottizuki (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<sup>a</sup>. Marli Cybulska (Secretária)  
Dr. Délcio Caran Bertucci Filho (Licenciado)  
Dr. Gilberto Luiz Ortolan (Suplente)  
Dr<sup>a</sup>. Margareth Zych (Licenciada em 26/08/99)

## DELEGACIA SECCIONAL DE UMUARAMA

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