

NOTÍCIA DE CRIME DE AÇÃO PÚBLICA INCONDICIONADA

ASSESSORIA CRIMINAL

Protocolo nº E-15/2.626/92

Procedência: Associação das Vítimas de Erros Médicos (AVERMES)

Expediente oriundo da Associação das Vítimas de Erros Médicos (AVERMES), noticiando crime de ação penal pública incondicionada. Complicações médicas após exame de colangiografia levando à morte o paciente submetido a diversas cirurgias, increpando-se ao médico que o realizou conduta culposa. Necessidade de ampla investigação policial para apuração de todo o desenvolvimento do quadro clínico e eventual fixação de responsabilidade penal. Recusa do Conselho Regional de Medicina em fornecer aos familiares os laudos e exames médicos, baseado, no sigilo profissional. Análise do tema à luz do Código de Ética Médica. Posição do MP diante do sigilo médico: pareceres emitidos pelas Assessorias de Direito Público e Criminal (Processos números E-15/4.191/91 e E-15/4.191/91), aprovados, com fincas nos artigos 109, incisos VI e VIII da C.F.; 15 da Lei Complementar 40/81 e 330 do CP. Parecer no sentido da instauração de inquérito policial, oficiando-se à Secretaria de Estado de Polícia Civil.

PARECER

Através do corpo jurídico da Associação das Vítimas de Erros Médicos (AVERMES), a Sr^a *Maria da Glória Silva Leal* apresenta *Notitia Criminis* em face do médico Dr. *José Flávio Coelho*, do Hospital Universitário do Fundão, nesta cidade, por vislumbrar infringências ao “artigo 129, § 3º do C.P.” (fls. 02).

2 - Segundo relata o expediente, exames procedidos em seu marido, Sr. *Manoel de Oliveira Leal*, constataram a presença de dilatação no coledoco, razão pela qual foi realizada uma colangiografia - definida no texto como um “exame feito com um tubo introduzido na garganta com um bisturi na ponta” - em 25 de outubro de 1991, após o que seu estado de saúde se agravou a ponto de exigir seis cirurgias, vindo a falecer em 10 de novembro de 1991.

Afirma-se que foi constatada “uma perfuração, causada pelo bisturi elétrico na 3ª parte do duodeno (decorrente do exame feito em 25/10/91)”, o que no entender da *Noticiante* traduziria comportamento culposo por parte do médico.

A certidão de óbito registra como *causa mortis*: “insuficiência respiratória. Septicemia. Pancreatite necro hemorrágica” (fls. 10).

Acompanha o expediente, além da mencionada certidão, alguns documentos relativos ao paciente, a procuração outorgada aos advogados da AVERMES, solicitação de laudos e exames formulada por familiares ao hospital e a resposta do Conselho Regional de Medicina deste Estado.

3 - Pesquisando sobre o exame em questão, encontramos o seguinte:

“*Colangiografia* - método de exame das vias biliares (injeção venosa), quando a via biliar principal estiver mal opacificada, após a prova oral (colecistografias, com prova de Bayden) ou apresentar imagens suspeitas. Verificação da permeabilidade da via biliar principal e do funcionamento do esfíncter de oddi. Operatório ou método de interpretação de imagens de lipiodol, para terapêutica cirúrgica completa das lesões anátomo-funcionais. Localização do cálculo, prova de verificação da eliminação deste, defeito de calibre, grau de dilatação e hipotonia, oddite, pancreatite (a prova é feita no ato operatório)” (*Dicionário de Clínica Médica*, do Dr. Humberto de Oliveira Garboggini - Vol. I, p. 364).

São sinônimos da colangiografia: angiocolicistografia, angiocolegrafia, biligrafia, colangiocolicistografia.

Segundo o *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina*, de Garnier Delamare, a colangiografia é a radiografia da vesícula e das vias biliares previamente opacificada por um produto iodado. Este é ingerido ou, de preferência, injetado nas veias, ou ainda diretamente introduzido nas vias biliares durante ou após uma operação ou sob controle laparoscópico (Técnica de Royer, 1952) ou então no curso de uma duodenoscopia.

A laparoscopia, por sua vez e ainda segundo o mesmo autor, consiste no exame visual direto da cavidade abdominal previamente distendida por uma pneumoperitônio, por meio de um endoscópio introduzido através da parede abdominal (*c. transparietal, peritonioscopia ou laparoscopia*) ou através do fundo (de saco de Douglas) (p. 200).

Quanto ao(s) instrumento(s) utilizado(s), consta o seguinte:

“*endoscópio* - instrumento destinado ao exame visual direto das cavidades profundas do corpo e a iluminá-las mediante uma luz exterior cujos raios se refletem na superfície do aparelho (e. de iluminação externa de Désormaux, 1853), ou com o auxílio de uma lâmpada elétrica levada ao próprio interior da cavidade do órgão - *endoscópio de fibras: V. fibroscópio* (*ob. cit.*, p. 364).

A mesma obra registra à página 444: *fibroscópio* - s. m. - Variedade de endoscópio (q.v.) conduzindo os raios luminosos por um feixe de fibras macias de vidro. O fibroscópio permite explorar, de forma muito completa, por visão direta, fotografia, cinematografia, televisão e coleta bióptica, a mucosa dos brônquios e de

zonas extensas do tubo digestivo (estômago, duodeno, canal colédoco, cólon...) - fibroscópio de visão axial ou terminal - sin. axosfibroscópio, axoscópio: fibroscópio no qual a objetiva está situada na ponta da extremidade distal, no eixo do aparelho. É empregado para examinar o esôfago e o estômago (esofibroscópio). - fibroscópio de visão lateral: sin. laterofibroscópio, lateroscópio: fibroscópio no qual a objetiva está situada lateralmente à extremidade distal do aparelho. É empregado para examinar o estômago (fibrogastroscópio).

Diante do número de cirurgias sofridas pelo paciente, torna-se mister ampla averiguação do seu quadro clínico, o que demanda investigação através de inquérito policial para que se apure se houve atitude culposa por parte do(s) médico(s).

Igualmente, importante se afigura a notícia de que dá conta "O GLOBO", de 23/05/92, segundo a qual "as cirurgias através da endoscopia, que utilizam recursos de vídeo (câmeras e monitores para intervenções no organismo), estão provocando uma situação preocupante no Brasil, alertou ontem o Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica, Caio Parente Barbosa. Existem muitos pacientes interessados nesse tipo de cirurgia mas, segundo o médico, a grande maioria dos cirurgões gerais não está preparada para isso."

4 - Além do assunto acima examinado, há outro não menos importante a merecer nossa atenção: o do famigerado sigilo médico.

Conforme se verifica da cópia de *fls. 08*, a família do paciente requereu ao Hospital Universitário do Fundão cópias de todos os exames e laudos, vindo o Conselho Regional de Medicina deste Estado a indeferir o requerimento, alegando que o mesmo somente poderia ser atendido através de autorização judicial, por força do sigilo profissional (*fls. 09*).

Creemos que a decisão do Conselho não se afigurou correta, inclusive à luz do próprio Código de Ética Médica.

Socorremo-nos, para isto afirmar, dos comentários do Dr. Léo Meyer Coutinho, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, expostos na obra *Código de Ética Médica Comentado*, editada pela Saraiva em 1989.

Afirma o autor, ao comentar o artigo 102, que "o segredo médico visa essencialmente à proteção do paciente, e não do médico como muitos possam pensar" (*fls. 113*).

O mencionado dispositivo deve ser interpretado coerentemente, atentando-se, outrossim, ao disposto no artigo 70, *verbis*:

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

O artigo está inserido no rol de proibições ao médico de que trata o Capítulo V- "Relação com Pacientes e Familiares" (arts. 56 a 71).

Evidentemente, se o paciente vem a falecer, o acesso a que se refere o artigo se transfere aos familiares, os quais têm todo o direito de saber o que ocorreu.

Igualmente importante o artigo 59 que veda ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”

Assim se expressa o Dr. Léo Meyer Coutinho ao analisar este dispositivo: “Há quem interprete erroneamente o significado de “segredo médico”, julgando que nada deve ser revelado ao paciente e responsáveis. É evidente absurdo. Paciente e familiares, mais do que ninguém, têm o direito de saber tudo, e ao médico cabe a obrigação de dizê-lo” (*ob. cit.*, p. 72).

Em suma: o sigilo deve proteger o paciente e somente nos casos em que o prejudique a revelação deverá ser negada. Em qualquer outra hipótese, deve o médico informar ao doente ou aos familiares ou responsáveis legais o quadro clínico e os riscos do tratamento, bem como permitir o acesso aos laudos e exames, sendo os seguintes os documentos mais importantes segundo o referido autor: ficha ou papeleta de prescrição; ficha de evolução clínica; laudos de exames; relatórios de enfermagem, sem prejuízo de outros reputados pertinentes.

Ressalta-se que também o Ministério Público pode - e deve - requisitar todos os documentos atinentes ao paciente e necessários à instrução de investigação relativa à ocorrência de crime.

O assunto, aliás, já foi objeto de análise pelas doutas Assessorias de Direito Público e Criminal, através dos ilustres pareceristas *Ertulei Laureano Matos* e *Alexandre Araripe Marinho*.

Assim, no Processo nº E-15/4.191/91, distribuído à Assessoria de Direito Público, decidiu-se que: “a) Nenhuma pessoa, natural ou jurídica, e nenhum ente, autoridade ou agente de qualquer dos poderes do Estado poderão deixar de atender requisições ou diligências, ou informação do Ministério Público, salvo se a lei formal limitar o acesso à informação ao Juiz; b) A mera exigência de preservação de sigilo não cria obstáculo ao cumprimento de requisição do Ministério Público; c) No caso concreto, os fundamentos usados pela Santa Casa de Misericórdia para negar-se a atender a requisição são improcedentes, sendo ilícita, a recusa; d) Sugerimos que, em caso de requisição a particulares, o agente do MP interessado faça referência aos incisos VI e VIII do art. 129 da C.F. e inciso IV do artigo 15 da Lei Complementar 40/81.”

É importante ressaltar que o Código de Ética Médica é ato normativo inferior à lei formal, não podendo pois contrariá-la.

Ainda assim, como vimos, a recusa esbarraria no conceito de sigilo médico que o próprio Código se encarrega de disciplinar, determinando não poder prevalecer diante do dever legal (art. 102).

Baseado no aludido parecer, foi considerado que “infringe, em tese, a norma do art. 330 do Código Penal, praticando crime de desobediência, aquele que se recusa a cumprir requisição do Ministério Público” (Parecer da lavra do Dr. Alexandre Araripe Marinho, emitido no Processo nº E-15/4.191/91, aprovado pelo Chefe do *Parquet* em 03/10/91).

Tais considerações objetivam orientar o órgão de execução do MP na colheita dos dados, permitindo-lhes também imprimir maior celeridade nas investigações através de requisições diretamente aos órgãos responsáveis pela guarda dos documentos, sem prejuízo da oitiva dos médicos.

5 - Face ao exposto, opinamos, *sub censura*, no sentido da expedição de ofício à Secretaria de Estado de Polícia Civil para instauração de inquérito policial, instruindo-se o expediente com cópia de todo o processado.

Rio de Janeiro, 24 de maio de 1992.

ANTONIO CARLOS COELHO DOS SANTOS

Promotor de Justiça
Assistente

Aprovo.

ANTONIO CARLOS SILVA BISCAIA

Procurador-Geral de Justiça