

A AUTONOMIA DOS PACIENTES E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO EM TEMPOS DE PANDEMIA

PATIENTS' AUTONOMY AND THE DOCTOR'S CIVIL RESPONSIBILITY IN PANDEMIC TIMES

Jéssica Hind Ribeiro Costa

Doutora em Direito das Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-Doutorado em Desigualdades Norte-Sul e Justiça Social pela Escola de Altos Estudos Jurídicos – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Universidade de Brasília (FLACSO-UnB). Professora da UNIRUY, Universidade Católica do Salvador (UCSal) e Faculdade Santíssimo. Advogada.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4640-3318>

E-mail: jel_hind@hotmail.com

Paulo Bruno Bonfim Souza

Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSal).

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9301-6460>

E-mail: p.brunobsouza@gmail.com

Resumo

Com o advento da COVID-19 e das emergências provocadas pela pandemia, muitas questões relativas ao direito à saúde e ao tratamento dos acometidos pelo coronavírus no âmbito dos direitos fundamentais têm-se destacado. **Justificativa:** considerando a gravidade desse contexto hodierno e as consequências na relação médico-paciente sobre informações e tratamentos disponíveis, este estudo se faz atual e relevante. **Objetivo:** analisar a relação médico e paciente em observância à autonomia deste acerca de seu tratamento e a responsabilidade civil daquele, considerando o direito à saúde e o contexto da pandemia causado pela COVID-19. **Metodologia:** revisão literária via pesquisa bibliográfica e pesquisa documental a partir do raciocínio hipotético-dedutivo. **Resultados:** as possibilidades de mitigação da autonomia do paciente, quando de sua vontade

(ou não) de se submeter a determinados tratamentos experimentais questionando a responsabilização civil dos médicos em caso de agravamento da doença por conta da utilização de determinada medicação e/ou procedimento. **Conclusões:** a negação e/ou a omissão de informação do/ao paciente constituem-se violação aos seus direitos, tornando passível de responsabilização civil do profissional de saúde, no entanto, uma vez oportunizada a informação ao paciente sobre as etapas e as consequências possíveis de seu tratamento, não há consequência no âmbito indenizatório.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Princípio da autonomia. Responsabilidade civil. Pandemia. Direito à saúde.

Abstract

With the advent of COVID-19 and the emergencies caused by the pandemic, many issues related to the right to health and the treatment of those affected by the coronavirus in the scope of fundamental rights have been highlighted.

Justification: *considering the severity of this modern context and the consequences in the doctor-patient relationship on information and available treatments, this study is current and relevant.* **Objective:** *analyze the relationship between doctor and patient in compliance with their autonomy regarding their treatment and their civil liability, considering the right to health and the context of the pandemic caused by COVID-19.* **Methodology:** *literary review with bibliographic research and documentary research based on hypothetical-deductive reasoning.* **Results:** *the possibilities for mitigating the patient's autonomy, when they want (or not) to undergo certain experimental treatments, questioning the civil liability of doctors in case of disease aggravation due to the use of a certain medication and/or procedure.* **Conclusions:** *the patient's denial and/or omission of information constitutes a violation of rights, making it possible for the health professional to be held civilly liable, however, once the information to the patient about the steps and possible consequences is made available, treatment, there is no consequence in the indemnity scope.*

Keywords: *Fundamental Rights. Principle of autonomy. Civil responsibility. Pandemic. Right to health.*

1 INTRODUÇÃO

Vive-se um tempo de emergências e urgências, sobretudo no que se refere à saúde pública, dado o cenário pandêmico hodierno. Muito se tem discutido acerca das escolhas dos pacientes e como as relações entre esses e os médicos têm-se desenrolado em um contexto de tantas mudanças. Dessa maneira, o objeto deste artigo é a autonomia dos pacientes e a responsabilidade civil dos médicos em tempos de pandemia, de modo a ampliar o debate acerca dos direitos fundamentais em questão.

A participação ativa e a tomada de decisões dos pacientes no que tange a procedimentos médicos em meio à pandemia ocasionada pelo coronavírus figuram o quadro de análise deste estudo, trazendo à tona a necessidade de se conceituar responsabilidade civil dos médicos e passando por questões fundamentais relativas ao limite de atuação e à garantia de direitos fundamentais. Destarte, o presente artigo tem como principal objetivo analisar a relação médico e paciente em observância à autonomia deste em opinar sobre o tratamento a que deve se submeter ou recusar e a responsabilidade civil daquele, considerando o direito à saúde e o contexto da pandemia causado pela COVID-19.

Do ponto de vista técnico, este estudo valeu-se da revisão de literatura, materializada por meio de uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, cuja coleta de dados se fez por livros, artigos, periódicos que abordassem o direito à saúde e a autonomia dos pacientes sob a perspectiva do ordenamento jurídico brasileiro. A atuação do médico e a aplicação da responsabilidade civil desse em meio ao contexto pandêmico supracitado também se constituem objeto de análise deste estudo. Em paralelo a esse apanhado literário, também se adotou como metodologia a pesquisa documental a partir da consulta à legislação vigente no Direito brasileiro.

Quanto ao método de raciocínio, adotou-se o hipotético-dedutivo, tendo em vista a formação de hipóteses sobre a problemática a ser discutida e a sua consequente submissão a testes, contestando a tese de falseamento para confirmação ou negação. Contudo, não consta aqui a intenção de encerrar a discussão ou abranger todas as possíveis linhas de debate, a exemplo da vacinação compulsória, da alocação de recursos em saúde, da atuação dos poderes, entre outras demandas que requerem estudos específicos.

2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE

Com o advento da COVID-19, a discussão sobre a garantia dos direitos fundamentais tornou-se tanto recorrente quanto prioritária no âmbito doutrinário, principalmente com relação ao direito à saúde e aos limites à autonomia corporal. Movidos pela necessidade de garantir a saúde dos seus cidadãos, governantes de todo o mundo se mobilizaram na tentativa de garantir atendimento em grandes escalas, equipamentos de segurança para os profissionais, vacinas, entre outras providências necessárias ao combate à crise pandêmica.

Em se falando da realidade brasileira, importa destacar que a postura dos chefes de Estado não tem sido necessariamente idêntica e que, mesmo internamente, vários dilemas e discordâncias se estabeleceram no tocante às melhores estratégias para enfrentar a disseminação do coronavírus. A esse respeito, flagrável é o negacionismo adotado por alguns presidentes, como Donald Trump e Jair Bolsonaro, que, de maneira insistente, puseram a ciência em dúvida e optaram por estratégias menos restritas de controle social, sendo, inclusive, contrários ao regime de *lockdown*.

Enquanto o governo federal permanecia nesse estado de negação, muitos governadores e prefeitos brasileiros adotaram uma postura de embate quanto às instruções do chefe do Executivo. A celeuma aqui posta ganhou mais um elemento de interposição com a exigência do presidente frente ao Supremo Tribunal Federal (STF) para com soluções de algumas questões, tais como a

definição de serviços essenciais para fins de reabertura do comércio (O GLOBO, 2020; UOL, 2020).

No tocante aos direitos fundamentais implicados com o cenário pandêmico, importa destacar que se trata de questões que compreendem valores inatos à natureza humana, não se tratando de uma criação ficcional. Questões como as restrições ao direito de liberdade promovidas pelo isolamento/distanciamento social, bem como associadas ao tratamento e ao uso de medicações *off label*¹ trazem a questão dos limites do exercício dos direitos fundamentais em um panorama irruptivo.

Com uma forte influência do jusnaturalismo, notadamente o Direito Natural Antropológico, é possível compreender o homem como centro do universo e como portador de um conjunto de direitos naturais inatos (BEDIN, 2014, p. 247), dentre eles, podem-se destacar à liberdade e à saúde, ambos essenciais à compreensão dos dilemas aqui analisados. Da percepção de que a tipificação dos direitos seja resultado de uma evolução histórica, o que os caracteriza enquanto direitos fundamentais reside justamente no fato de serem valores inatos ao homem.

Nesse sentido, Barroso (2010, p. 9-10) explica que os direitos fundamentais têm como justificativa e fundamento a dignidade humana, e a sua preservação é dividida em duas vertentes: a dimensão individual, vinculada ao sujeito portador desses direitos, com a sua materialização junto a escolhas e a atitudes do indivíduo; e a dimensão social, vinculada à atuação do Estado no seu papel de garanti-los e concretizá-los. Dessa maneira, objetiva-se dar condições necessárias à sua proteção e intervir nas atuações individuais que possam impedir a prática individual ou coletiva desses direitos.

Com relação à intervenção estatal, o supracitado ministro divide em três formas de atuação: (I) criar condições que possam satisfazer a dignidade humana; (II) criar meios que impeçam condutas individuais que violem a dignidade do

1 O medicamento chamado *off-label* é aquele cuja indicação do profissional assistente diverge do que consta na bula, segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde - SUS (2012).

próprio agente; e (III) coibir condutas individuais que possam ferir a dignidade de terceiros ou valores comunitários estabelecidos (BARROSO, 2010, p. 9-10).

Para a compreensão dos direitos fundamentais, capital é entender a diferença entre titularidade e exercício do direito. No caso de pessoas incapazes, a exemplo dos menores de idade, o titular do direito sempre será o menor, e tal condição não se altera, tendo em vista que tais direitos são intransmissíveis. Porém, como esses menores são absoluta ou relativamente incapazes, o exercício desses direitos deve ser feito por terceiros, no caso, os seus responsáveis, que têm a obrigação de cuidar e proteger a criança e o adolescente (MORAIS, 2011, p. 191-192).

Por outro lado, o exercício dos direitos titularizados por outrem não pode ser feito de forma abusiva, tendo em vista ser essencial o incapaz participar das discussões pertinentes aos seus direitos, principalmente quando esse passa a ter um grau de discernimento maior, tal como ocorre com os maiores de 16 anos, considerados relativamente incapazes pelo ordenamento nacional. A esse respeito, as normas brasileiras estabelecem que os menores de 16 anos podem, inclusive, realizar alguns procedimentos/atitudes sem assistência, como efetuar testamento, postular registro de nascimento, ser eleitor e atuar como mandatário.

Considerando as questões relacionadas à autonomia corporal e à compreensão de enfermidades e tratamento, torna-se cada vez mais importante ouvir a opinião do incapaz, buscando sempre que possível levar em consideração o seu posicionamento, principalmente em demandas eletivas ou não estando acometidos por circunstâncias que exijam uma atuação emergencial. Merece destaque a teoria da autonomia progressiva no tocante aos tratamentos médicos, a qual parte da premissa de que o assentimento não deve se basear na capacidade civil, mas sim na anuência dada pela criança/adolescente na medida de sua compreensão (MUNHOZ, 2014).

Como não existe um único direito fundamental e sim um grupo de direitos, vale destacar que não existe hierarquia entre eles, não existe um que se sobressaia a outro, o que implica não haver confronto de direitos fundamentais

no plano normativo. Os seus *status* constituem-se equivalentes, contudo, isso não impede um confronto no campo fático. Partindo desse ponto, Maas e Daroit (2019, p. 14-16) afirmam que a garantia do direito à saúde é fundamental para que seja possível exercer a cidadania plena, agindo como um ponto de partida para o exercício dos outros direitos.

O reconhecimento do exercício do direito à saúde para o exercício de outros direitos mostra-se fulcral, ainda que a autonomia esteja intimamente vinculada à ideia de responsabilidade. Destarte, pode-se assentir “[...] requisito para o pleno exercício das liberdades existenciais à sanidade mental ou discernimento necessário, de a modo a se dimensionar todas as consequências dos atos autorreferentes” (TEIXEIRA, 2010, p. 193). Infere-se que a autonomia está inequivocamente atrelada às noções de responsabilidade e ao discernimento do paciente, o que não se observa nos sujeitos comatosos ou com grave transtorno mental, por exemplo.

Antes de qualquer coisa, há de se compreender que o direito à saúde ou a relevância social desse subjugam-se à definição do conceito de saúde, porquanto, há até poucas décadas, a saúde era compreendida como o bem-estar físico ou, então, como a falta de doenças. Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser entendida de forma mais ampla, abarcando questões psíquicas e sociais. Partido dessa amplitude conceitual e visando à satisfação biopsicossocial, Asbahr (2004, p. 10-13) define o direito à saúde como sendo um conjunto de obrigações do Estado para com a garantia do desenvolvimento saudável das pessoas, transcendendo a simples ideia de proteção ou tratamentos de enfermidades.

O entendimento de Kölling e Massaú (2011, p. 18-20) sobre a saúde abrange o bem-estar biopsicossocial e o bem jurídico intrinsecamente ligado ao bem jurídico: a vida; sem a preservação do primeiro, não é possível a garantia do segundo. Importa mencionar que esse conceito mais abrangente e organicista, apesar de muito festejado, não está isento de críticas. Nesse sentido, Segre e Ferraz (1997) chamam a atenção para o fato de que um perfeito ou completo bem-estar

em todas as dimensões apresenta uma dificuldade inerente ao sujeito. Torna-se muito difícil, ou praticamente impossível, compreender alguém como saudável quando os requisitos necessários à atribuição de tal adjetivo seja a plena ausência de doenças, de questões mentais, emocionais e uma estruturada situação social.

No Brasil, a Constituição de 1988 consagrou o direito à saúde como sendo um direito fundamental, previsto no seu art. 6º, além de definir os princípios responsáveis pela orientação das políticas de saúde (BRASIL, 1998). Dentre os princípios, ficou estabelecido que, além de ser um direito dos cidadãos, é também um dever do Estado que deve promover políticas públicas com o intuito de garantir o acesso universal e igualitário a todos, o que se encontra previsto no art. 196 e seguintes do mesmo diploma. Além disso, também ficou prevista a criação de um sistema único de serviços de saúde pública, tendo com algumas de suas características a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade (ASBAHR, 2004, p. 10-13).

Dessa forma, os constituintes presaram pela garantia do direito à saúde, não só atribuindo-lhe o *status* de fundamental, mas também estabelecendo princípios norteadores para sua garantia. Nesse sentido, caso o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse implementado de maneira eficaz e universal, como planejado, seria possível assegurar o direito à saúde à população, mesmo em um contexto de pandemia. Ocorre que, além do acesso aos serviços de saúde e do aparato necessário para lidar com as enfermidades e consequentes recuperações, essa questão traz também um outro dilema importante nas discussões e resultados dos atendimentos de saúde: a relação médico-paciente. A esse respeito, encarrega-se de abordar a seção seguinte.

3 AUTONOMIA E RECUSA A TRATAMENTO MÉDICO

Quando se fala em Direito Médico, um ponto nevrálgico das discussões gira em torno da relação travada entre paciente e médico e dos direitos e obrigações que têm origem nessa interação. Nesse âmbito, um dos princípios de maior

relevância para a discussão se refere à autonomia, de modo que, para alguns autores, esse é o único princípio que deve nortear essa relação, posto que outros são derivações desse (BELTRÃO, 2016, p. 102-104).

No âmbito da bioética principialista, tida como a corrente clássica, apesar de os seus criadores afirmarem não haver hierarquia entre os princípios, Garrafa (2005, p. 128) destaca que “[...] o tema da autonomia foi maximizado hierarquicamente com relação aos outros três, tornando-se uma espécie de super-princípio”.

Explica Beltrão (2016, p. 102-104) que o princípio da autonomia pode ser definido como sendo a capacidade que a pessoa tem de se autorregular; sendo assim, a decisão fruto dessa autodeterminação deve ser respeitada, mesmo que seja contrária ao entendimento do profissional da saúde. Dessa forma, esse princípio age como um limitador dos poderes do médico e se torna fonte do direito do paciente.

O Código de Ética Médica (CEM) também incorporou a ideia de garantir ao paciente o direito de decidir de forma livre e autônoma o melhor tratamento. No capítulo V, que trata sobre a relação dos médicos com pacientes e familiares, o art. 31 estabelece que é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente (ou de seu representante) de determinar livremente as práticas terapêuticas ou diagnósticas que serão utilizadas (CFM, 2018).

Importa mencionar que, apesar de a doutrina se debruçar, em regra, sobre a autonomia do paciente, existe uma inegável e necessária autonomia do médico, o que é preciso para que o(a) profissional exerça seu ofício com base naquilo que compreende como sendo o processo mais adequado para a condução do diagnóstico ou de cura do paciente. Nesse sentido, Nilo (2019, p. 64) comenta que a interpretação do Código de Ética Médica faz concluir “[...] que a autonomia do médico em oferecer ao paciente as possibilidades terapêuticas possíveis é quase absoluta, mas que deve observar como limite o reconhecimento científico da viabilidade do tratamento”, devendo ser cancelada pela livre escolha do paciente em aderir ou não ao que foi indicado.

Convém destacar que, quando abordado o princípio da autonomia com relação a um paciente absoluto ou relativamente incapaz, a exemplo de uma criança, esse princípio se encontra corrompido, tendo em vista que o titular do direito não pode exercer sua autonomia de forma plena. Nesses casos, o que será utilizado para nortear as decisões é a ideia de “melhor interesse” ou “menor dano” para o incapaz (KIPPER, 2015, p. 42-44).

Existem dois elementos que são fundamentais para que o princípio da autonomia seja cumprido da sua essência: o paciente ter ampla informação do seu caso; e não existir nenhum tipo de coação, seja ela externa ou interna. Partindo desse ponto de vista, Porto e Araruna (2016, p. 206-207) explicam que o próprio CEM determina a obrigação de o médico informar ao paciente a sua situação com relação ao diagnóstico, ao prognóstico e aos riscos do tratamento, sendo essa inerente à própria atuação médica. A única ressalva é nos casos em que essa informação gera algum dano ao paciente, devendo haver uma obrigação de se fazer acompanhar ou preceder a informação aos responsáveis do paciente ou a algum familiar.

Tão importante quanto a informação é a não coação, fazendo-se necessária para evitar que a expressão da autonomia do paciente não se encontre viciada, para tanto é preciso tomar cuidado com influências internas e externas. No tocante à coação externa, consta flagrada quando alguém, podendo ser ou não um profissional da saúde, tenta modificar ou direcionar a vontade do paciente no sentido oposto ao que ele normalmente escolheria. Esse vício também se faz flagrante na omissão de informação importante ou na distorção dessa no intuito de influenciar a tomada de decisão do paciente (BELTRÃO, 2016, p. 102-104).

Para que a autonomia seja válida, Beltrão (2016, p. 102-104) explica que, além de afastar os controles externos supracitados, é preciso observar também a falta de coações internas que possam viciar a decisão do paciente. Entende-se por coação interna a dor, o medo, as enfermidades mentais (depressão, ansiedade), ou qualquer questão similar que se origine no próprio paciente. Essas situações, que não são raras em momentos pandêmicos, podem fazer com que a pessoa

tome decisões, muitas vezes, involuntárias, que são opostas e incoerentes a seus valores e a suas convicções de vida.

Ainda com relação à autodeterminação, Teixeira (2018, p. 76-78) entende que é de fundamental importância destacar que não tem como separar a dignidade da pessoa humana do direito que ela tem de se autodeterminar, visto que cada pessoa tem os seus valores morais e ideológicos que influenciam na sua tomada de decisão, sendo fundamental que a individualidade de pensamento seja respeitada. Assegurar o respeito e a proteção dos direitos fundamentais faz parte da base do direito moderno e deve prevalecer como premissa, mesmo em tempos de pandemia, desde que isso não prejudique os direitos dos outros indivíduos.

Conforme já ficou delineado no tocante à delimitação do objeto no âmbito introdutório, não se pretende aqui aprofundar nos limites referentes à possibilidade de restrição da autonomia privada em detrimento da coletividade, sendo este um tema que requer uma série de outros estudos e aprofundamentos teóricos. O que se pretende, de maneira geral, é discutir a questão relativa aos limites no âmbito individual da esfera de autonomia do paciente no tocante ao consentimento ou à recusa de um determinado procedimento em conjunto ou em desacordo com o seu médico.

Com relação ao consentimento, Pazinato (2019 p. 238-239) entende que ocorre quando o paciente concorda com o tratamento sugerido pelo médico, porém, para que isso seja válido, é fundamental que aquele receba as informações corretas sobre a sua doença, assim como sobre as possibilidades de tratamento e de cura. Nesse caso, o consentimento é fruto de uma relação respeitosa e honesta entre médico e paciente, devendo, inclusive, ser esclarecido o possível uso experimental ou *off label*.

A consubstanciação do aval dado pelo paciente, geralmente, está materializada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou apenas termo de consentimento, o qual pode ser compreendido como a anuência do paciente, sendo um documento que deve ser construído conjuntamente entre esse e o seu médico e o paciente (NILO, 2019). Nesse documento deve conter

as principais informações sobre a doença, o tratamento a ser adotado, os riscos e as possibilidades do procedimento.

Com relação ao consentimento do paciente, Teixeira (2018, p. 94) explica que deve ocorrer de forma livre de vícios e munido das informações necessárias; porém, não existe um padrão, uma forma específica ou formalidade predeterminada, podendo ser feito de forma oral ou escrita (o TCLE), desde que aponte o procedimento recomendado e como será realizado, constando, inclusive, o prontuário do paciente.

Assinala Bergstein (2012, p. 185-194) que o consentimento compreendido como um processo faz com que o paciente interaja de forma ativa no momento de tomar decisões, o que não ocorreria se fosse um ato impositivo. Partindo dessa compreensão, faz-se necessário que ele seja renovado a cada nova etapa, em tratamentos assim divididos, porquanto, nessas situações, a cada novo evento relevante conste o consentimento do paciente, excetuando-se os casos de urgência em que esse não tenha tempo hábil para refletir sobre o fato devido ao risco à vida ou à saúde.

No que diz respeito ao TCLE propriamente dito, existem duas interpretações sobre sua função: a primeira tem como base de apoio a bioética e o princípio da dignidade e entende que esse documento serve para proteger os direitos do paciente e, ao mesmo tempo, aproximá-lo das decisões pertinentes à sua saúde; o segundo é nutrido por um interesse mais jurídico e entende que esse termo, por se tratar de um documento legal assinado pelas partes, pode ser utilizado em favor do médico em um processo ético ou jurídico futuro, ou seja, como fruto de uma medicina defensiva (PAZINATTO, 2019, p. 238-239).

O presente artigo considera como sendo a primeira abordagem a que melhor define a utilização do supracitado documento e esquiva-se de tecer maiores comentários sobre a segunda vertente, a qual acaba caracterizando aquilo que tem se denominado como Medicina Defensiva² (MINOSSI; SILVA, 2013).

2 Medicina defensiva se refere a um conjunto de práticas “de defesa” para evitar processos judiciais, dentre as quais pode ser incluído o TCLE.

O Código de Ética Médica não menciona expressamente do TCLE ou da obrigatoriedade de sua elaboração, mas, no seu capítulo V, destinado à relação com pacientes e familiares, alguns artigos se aproximam da ideia contida nesse termo. O art. 34, por exemplo, determina que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente (ou seu representante legal) o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento ao qual será submetido (PAZINATTO, 2019, p. 238-239).

O fato de inexistir previsão direta do TCLE no naquele código não diminui a sua importância; nesse sentido, o CFM elaborou a Recomendação n. 1/2016 que “[...] dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica”, esclarece que, mesmo a forma verbal sendo o tipo mais comum de obtenção do consentimento, é sempre aconselhável a elaboração do documento. A orientação é que o termo seja escrito com linguagem clara e acessível utilizando, sempre que possível, traduções dos termos científicos para permitir melhor compreensão por parte do paciente. Com relação ao conteúdo, a orientação é que o termo seja feito com espaços em branco, alternativas para serem marcadas pelo paciente ou com alguma outra forma que possibilite a participação ou complementação por parte dele.

Vale ressaltar que, da mesma forma que o paciente tem a possibilidade de consentir ou não determinado procedimento médico, também é garantido a ele o direito de revogar a qualquer momento esse consentimento, podendo ser feito por ele ou, em casos de incapacidade ou impossibilidade de discernimento, por seu responsável. Nesse caso, assim como na hora de consentir, não é preciso seguir nenhuma formalidade, porém, é recomendável que seja de forma escrita, para que o médico comprove que essa foi a vontade do paciente, e não um caso de abandono por parte do profissional (BERGSTEIN, 2012, p. 185-194).

A circunstância pandêmica não retira a obrigatoriedade do consentimento, no entanto, a partir da Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, o enfrentamento da COVID-19 possibilitou, de forma excepcional, a realização compulsória de exames e laboratoriais, bem como vacinação e até mesmo tratamentos médicos

específicos. Além disso, o uso de máscaras, o isolamento social e as medidas mais restritivas, como o *lockdown*, tiveram interferência direta no exercício de direitos fundamentais, promovendo, assim, restrições individuais em detrimento da coletividade. Vale ressaltar que, no âmbito clínico, essa situação necessita passar pelo crivo do profissional médico, principalmente em caso de tratamento de algum paciente em concreto.

Isso porque, as medidas impostas pelos chefes de Estado mediante leis e decretos, devem ser necessariamente cumpridas com a intenção de uma proteção abstrata da população, não havendo, nessas circunstâncias, margem para divergências. No entanto, quando existe a possibilidade de um tratamento para determinado grau de infecção provocada pela COVID-19, necessariamente surge uma relação entre médico e paciente com a intenção de promover a reversão do quadro ou o não agravamento da doença.

Há de se pontuar que a relação médico-paciente sofreu alterações no último século, tendo em vista que, hoje, não se entende mais que essa relação deva ser vertical, em que o médico é detentor do conhecimento, e o paciente simplesmente acata as diretrizes. Assente essa relação de maneira mais horizontalizada, de modo que ambos dialoguem e entendam o que deve ser feito de forma conjunta. Atualmente, tem-se repetido que o paradigma da relação médico-paciente mudou radicalmente, do modelo paternalista para o modelo de cuidado centrado no doente – e não na sua autonomia –, com quem se partilha a informação e a responsabilidade da decisão (OSSWALD, 2009).

Nesse sentido, Vieira e Fontes (2011, p. 11-12) apontam que, até a primeira metade do século XX, a relação médico-paciente era pautada no princípio da beneficência, na qual o médico deveria fazer tudo que fosse necessário para proteger o paciente e salvaguardar sua vida, independentemente da vontade dele. Atualmente, o princípio da autodeterminação da pessoa tem local de destaque nessa relação, sendo o livre consentimento do paciente requisito indispensável para fazer qualquer procedimento médico.

No Brasil, a Resolução n. 1.021/1980 do CFM determina que, no caso de perigo iminente à vida do paciente, o médico pode fazer transfusão de sangue mesmo sem o seu consentimento. Ocorre que tal determinação não tem poder legal, sendo mera resolução proferida por órgão de classe, o que, pelo princípio da legalidade, não tem poder vinculante (VIEIRA; FONTES, 2011, p. 11-12).

Mesmo com a resolução supracitada, Consalter e Jaremczuk (2010, p. 41-44) apontam que o CEM, no seu art. 48 (atualmente corresponde ao art. 31), proíbe o médico de limitar o poder que o paciente tem de decidir livremente sobre os procedimentos. Porém, assim como a resolução, esse código não tem força de lei. Nesse sentido, a Constituição Federal garante, no seu art. 5º, inciso II, que ninguém seja obrigado a fazer ou deixar de fazer algo, a não ser por determinação legal, o que reforça o entendimento de que o paciente tem direito a recusar determinado procedimento. (BRASIL, 1988)

A Constituição não apenas assegura o direito à vida, mas também a uma vida digna, permitindo que cada pessoa seja autônoma para decidir como irá viver. Nessa perspectiva, é possível que a recusa de tratamento seja por qualquer motivo que seja pertinente à própria pessoa, seja ele religioso, seja por negação da doença ou por questões pessoais, entre outras razões. Não aceitar o direito de recusa do paciente é o mesmo que ferir um direito fundamental, dessa forma, não é possível pensar em descumprir esse direito mesmo nos casos de eminente perigo de morte, posto que esse direito é irrevogável (CONSALTER; JAREMCZUK, 2010, p. 41-44).

Atuando de maneira distinta do respeito à autonomia do paciente, sem razão determinante, a exemplo de incapacidade ou urgência, o médico viola um direito fundamental, o que pode caracterizar ato ilícito. No âmbito da pandemia, por exemplo, foi possível assistir a uma discussão acerca da adesão ou não a medicações para uso *off label*, tal como hidroxicloroquina e ivermectina, o que tem sido inclusive utilizado por pacientes de forma (acredita-se) preventiva para tratar a doença (CNN BRASIL, 2021).

Caso haja, por exemplo, prescrição médica nesse sentido, sendo o paciente autônomo para decidir aderir ou não ao tratamento, poderia o médico impor o uso da medicação? Caso o faça, poderá ser responsabilizado? São questões de relevância hodierna e imediata e que merecem constituir pauta, sobretudo no que se refere à responsabilidade civil do médico, o que será abordado na seção seguinte.

4 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Com a realidade de enfrentamento da COVID-19 e a situação de pandemia que o mundo vive, o papel do médico, que sempre foi visto como fundamental, passou a ser dotado de destaque com relação ao enfrentamento da doença. Nesse contexto, é essencial entender os limites da atuação profissional e a existência ou não de responsabilização por seus atos.

Historicamente, Dallari (2015, p. 2-3) explica que fenômenos ocorridos na Segunda Guerra Mundial fizeram com que o direito à saúde tornasse um direito fundamental, além de criar uma série de parâmetros éticos para orientar a atuação dos médicos. Com o final da guerra, foi criado o Tribunal de Nuremberg, com o intuito de julgar crimes de guerras, dentre eles, uma série de experiências brutais e desumanas feitas por médicos nazistas. Com base nos casos julgados no tribunal, foi criado o Código de Nuremberg, com diretrizes éticas na atuação do profissional da saúde, nesse caso voltado para experimentos e exames feitos com seres humanos. A elaboração desse código foi o primeiro documento moderno em prol de uma relação paciente-médico mais humanizada, além de influenciar a criação de outros documentos.

Não existe no ordenamento jurídico brasileiro legislação voltada única e exclusivamente para tratar da responsabilidade civil dos médicos e profissionais da saúde, porém, é possível utilizar o estudo geral da responsabilidade presente no Código Civil de 2002 para sua atuação.

Assevera Sales (2009) que não ocorre a transferência da assunção da responsabilidade do médico ao paciente, ainda que o ato tenha sido previamente consentido. Assim, o risco do ato médico em face daquilo que lhe foi previamente informado não alcança o exercício incorreto da atividade profissional, o que continua atraindo a responsabilidade (civil e/ou penal) do médico que ocasionou o dano de forma culposa ou dolosa³.

A esse respeito, explica França (2020, p. 286-288) que existem duas teorias: a da responsabilidade subjetiva; e da responsabilidade objetiva. Com relação à primeira, o elemento culpa é indispensável para a sua aplicação, não bastando tão somente o dano em si. Nesse caso, para haver responsabilização, é preciso que existam três pilares: o dano, onexo causal e a culpa, ou seja, primeiro é preciso que tenha ocorrido o dano, depois é necessário ver se a existência de liame entre o dano e o agente (no caso do presente artigo: o médico), para depois analisar se houve culpa ou não.

Esse autor aponta que essa corrente tem dois grandes pontos problemáticos: primeiro, porque o termo culpa é muito amplo e vago, o que acaba por causar imprecisão em aplicação; segundo, porque pode ser impreciso o suficiente para coroar injustiças contra quem sofreu o dano.

Em se falando em responsabilidade objetiva, o seu direcionamento vai em sentido oposto, tendo em vista que se fundamenta exclusivamente em torno do risco. Nessa corrente, para que ocorra a responsabilização, não é preciso que esteja presente o elemento culpa, sendo necessário apenas o dano e onexo causal ligando a ação ou omissão ao agente causador do prejuízo. Dessa forma, entende-se que a pessoa responsável assumiu o risco de causar o referido dano à outra (FRANÇA, 2020, p. 286-288).

No tocante à prática dos profissionais da área médica, o elemento nexode causalidade é elemento indispensável, pois não basta o paciente ter sofrido

3 Conduta dolosa é aquela em que a pessoa age intencionalmente para alcançar um resultado. Ela se diferencia da conduta culposa, que é aquela em que não se tem a intenção de se chegar ao resultado, mas isso decorre de um comportamento negligente, imprudente ou imperita.

um dano, e o médico agido com culpa, é preciso que exista um liame entre as duas situações, caso contrário, não será possível a responsabilização civil. No contexto de responsabilização do profissional da medicina supracitado, o elemento culpa também se torna mais importante do que em outras situações, posto que, nessa ocasião, é desnecessário que o agente esteja munido de intenção, bastando apenas um ato voluntário em sentido oposto à prudência ou à perícia usual (KFOURI NETO, 2001, p. 67).

Com relação à culpa e ao dever de indenizar, o Código Civil de 2002 traz no seu artigo 951 três situações de fundamental relevância para atuação médica: a imperícia, decorrente do despreparo profissional, da falta de domínio da técnica ou do uso incorreto dessa; a negligência, aponta a ideia de omissão, do não fazer algo que deveria ter sido feito para evitar o dano, muitas vezes, ligado à falta de atenção que se é devida para a situação em questão; e a imprudência, decorrente da consciência do profissional sobre os riscos da situação e da decisão de agir da mesma forma, ou seja, agindo sem os cuidados devidos.

Com relação ao panorama de excludente de responsabilidade civil do médico, existe uma possibilidade recente que vem crescendo na doutrina, chamada de fato da técnica. Essa teoria parte da ideia de que os procedimentos médicos, mesmo bem feitos e tomando todos os cuidados devidos sempre apresentam algum tipo de risco, tendo em vista que os procedimentos médicos, via de regra, pode ser potencialmente danosos ao paciente.

A esse respeito, Kallas Filho (2013, p. 4-6) explica que, no caso da atuação médica, a doutrina clássica entende que podem ser aplicadas três tipos de excludente de responsabilização civil: caso fortuito e força maior, aplicado quando o dano é resultado de uma situação inevitável ou imprevisível, não havendo como evitar seu resultado; fato de terceiro que ocorre quando o dano não foi originado por uma ação ou omissão do médico ou do paciente, e sim por uma outra pessoa que não faz parte do processo, não podendo ser esse terceiro um auxiliar, preposto ou empregado do local, tendo em vista que o médico deve se responsabilizar também por essas pessoas que integram o processo; e culpa

exclusiva da vítima, em que será excluída a responsabilidade quando a culpa do dano for exclusiva da vítima, ou nesse caso do paciente.

Dessa forma, mesmo com a técnica bem aplicada, com profissionais qualificados, materiais adequados e ambiente ideal o dano pode não ser evitado. A teoria do fato da técnica entende que, nesses casos, o médico não deve ser responsabilizado civilmente, visto que tudo foi feito da maneira mais correta possível e mesmo assim o dano não foi evitado, ou seja, afastando o elemento culpa (KALLAS, 2013, p. 4-6).

Em tempos como esses de pandemia, importa mencionar que nem sempre o médico tem toda a informação necessária para lidar ou conter a enfermidade; deve-se considerar, inclusive, que os estudos e protocolos de intervenção acabaram, muitas vezes, sendo concomitantes com a atuação profissional. Na tentativa de possibilitar a cura ou salvar a vida do paciente, o médico faz todo o possível conforme os estudos disponíveis naquele momento, não sendo possível evitar o dano iminente (agravamento ou morte), seja pela falta de informação científica disponível, seja pela falta de recursos enfrentada em diversos momentos da pandemia no mundo. Isso posto, não pode o médico também ser, de maneira alguma, responsabilizado.

Assim, ainda que a realidade referente à doença e aos seus possíveis tratamentos seja bastante mutável, é necessário que o médico esteja sempre atento a informar o paciente tudo aquilo que sabe sobre o avanço da infecção e as possibilidades, ainda que experimentais, de tratamento. Exemplo disso é o uso de Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com a Azitromicina para “tratamento” da COVID 19. Apesar dos diversos estudos no Brasil e no mundo apontarem resultados não unânimes, aqueles que optam por se tratar a partir dessa combinação, sempre a partir de orientação médica prévia, devem assinar um termo de consentimento, o qual inclusive é disponibilizado como modelo em *site* oficial no Ministério da Saúde (2020).

Mesmo em meio a uma pandemia, o médico não tem autorização para agir de maneira distinta àquilo que lhe foi trazido ao longo do trabalho no sentido

de informar ao paciente sobre seu estado, tratamento e afins. Negar ou omitir informação do/ao paciente constitui-se em violação ao direito personalíssimo dele, situação essa passível de responsabilização civil do profissional que não agir conforme conduta zelosa e ética obrigada pelas normas e pela moral.

5 CONCLUSÃO

Com o advento da maior pandemia registrada nos últimos cem anos, o direito à saúde volta a ter papel de destaque nos debates globais; o combate à COVID-19 em particular domina os debates técnicos e científicos, sobretudo no que se refere às consequências causadas pelo coronavírus. Sendo assim, da mesma maneira que não se pode defender a plena autonomia existencial do cidadão em vista do descumprimento das medidas de isolamento, a situação atual não pode figurar motivação para a supressão de direitos fundamentais no tocante à autonomia do paciente.

Nesse sentido, a proteção do direito à saúde não só necessita de aplicações de políticas bem definidas de saúde pública, mas também depende da conservação dos direitos individuais. O paciente deve ter o direito de opinar e decidir como ou se deve ser tratado, não sendo ético o médico ou autoridades imponem restrições e obrigações referentes a esse tratamento, exceto aquelas que derivam da obrigação de não contaminação de terceiros. Isso porque a garantia da autonomia ao próprio corpo não permite a violação do direito de outra pessoa; é papel do Estado garantir esse equilíbrio, assegurando ao paciente a adesão consentida e livre ao procedimento esclarecido pelo médico, havendo autonomia e liberdade no âmbito da referida relação.

Partindo da mesma premissa, não é coerente pensar que, por se tratar de um momento atípico, os profissionais da saúde podem extrapolar os limites de sua atuação. A legislação brasileira já define até onde o médico pode (e deve) atuar e, caso ultrapasse esse limite, como pode ser responsabilizado. O fato

de o mundo estar passando por uma pandemia não muda essa situação, pelo contrário, em um contexto como esse, faz-se necessária a atenção às normas e aos limites de sua atuação para que o profissional de saúde exerça da melhor forma o seu trabalho.

Mesmo com o crescimento dos debates sobre esse tema recentemente, a consolidação do entendimento referente às exceções e aos limites da autonomia no cenário pandêmico é um trabalho que demanda tempo. Há de se pontuar que discussões sobre autonomia e responsabilização já ocorrem há décadas, agora balizadas por circunstâncias e argumentos de uma realidade causada pela COVID-19, que ainda pode durar ou provocar consequências por tempo indeterminado.

Assim, essa realidade hodierna e circunstancial não pode se constituir fundamento (exclusivo) de restrições e/ou de extirpação de autonomia do paciente, o qual deve ser informado pelo médico conforme o seu estágio de conhecimento e possibilidade naquele momento. Isso posto, cabe ao paciente compreender o seu exato estado clínico e o seu prognóstico de cura para que ele possa tomar a melhor decisão sem a influência de pressões internas e externas; exercendo, dessa maneira, os seus direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ASBAHR, P. Considerações sobre o direito humano a saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 9-28, nov. 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79835>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

BARROSO, L. R. Legitimidade da Recusa de Transusão de Sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais. **Conjur**. 2010. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BEDIN, G. A. A Doutrina Jusnaturalista Ou Do Direito Natural: Uma Introdução. **Revista Direito em Debate**, Unijuí. Ano 23, n. 42, p. 245-251, jul./dez. 2014.

BELTRÃO, S. R. Autonomia da vontade do paciente e capacidade para consentir: uma reflexão sobre a coação irresistível. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 98-116. jul./out. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122316>. Acesso em: 02 mar. 2020.

BERGSTEIN, G. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 2019.

BRASIL. **Código Civil**. Lei n. 10406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 25 ago. 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA NO SUS. *Uso off label: erro ou necessidade?* Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 398-9, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/it_decit.pdf. Acesso em: 24 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM n. 2217, de 27 set. 2018. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CONSALTER, Z. M.; JAREMCZUK, P. Direito à vida versus recusa ao tratamento vital. **Prisma Jur**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 35-53, jan./jun. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM n. 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica [Internet]. 21 jan. 2016 Disponível: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso: 01 abr. 2020.

CNN BRASIL. **O que é verdade sobre ‘tratamento precoce’ contra a Covid-19.** Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/01/18/o-que-e-verdade-sobre-tratamento-precoce-contr-a-covid-19>>. Acesso em: 19 jan. 2021.

DALLARI, D. A. A responsabilidade civil de médicos e de instituições da área médica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 77-83, jul./out. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/106883>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, abr. 2005.

KALLAS FILHO, E. O fato da técnica: excludente da responsabilidade civil do médico. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 137-151, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63998>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

KFOURI NETO, M. **Responsabilidade civil do médico**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001.

KIPPER, D. J. Limites do poder familiar nas decisões sobre a saúde de seus filhos – diretrizes. **Revista Bioética**, v. 23, n.1, p. 40-50, 2015. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/984>. Acesso em: 28 mar. 2020.

KÖLLING, G.; MASSAÚ, G. C. A concretização do direito à saúde na perspectiva republicana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.11-36, jul/out. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13247>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MAAS, R. H.; DAROIT, A. P. A proteção interamericana do direito humano e social à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 13-31, mar/jun. 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164199>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

MINOSSI, J. G.; SILVA, A. L. Medicina defensiva: uma prática necessária? **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 40, n. 6, p. 494-501, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n6/13.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2020.

MUNHOZ, L. B. **O princípio da autonomia progressiva e a criança como paciente**. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

NILO, A.T. **A relação paciente-médico para além da perspectiva consumerista: uma proposta para o contrato de tratamento**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Direito, Salvador, 2019.

O GLOBO. **Aliados nos erros**: Na pandemia, Bolsonaro e Trump miram suas bases e pregam descrença na ciência. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/aliados-nos-erros-na-pandemia-bolsonaro-trump-miram-suas-bases-pregam-descrenca-na-ciencia-24538847>>. Acesso em: 18 dez. 2020.

OSSWALD, W. Limites do consentimento informado. *In*: ASCENSÃO, J.O. (org.). **Estudos de Direito da Bioética**. Coimbra: Almedina, 2009. v. 3. p. 151-161.

PAZINATTO, M. M. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 234-243, 2019. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1884>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PORTO, A. P. A.S.; ARARUNA, S. B. P. O dever de informar na perspectiva da relação médico-paciente atual: análise à luz da dignidade da pessoa humana e do direito à autodeterminação do paciente. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 196-217, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/1383>>. Acesso em: 15 maio 2020.

SALES, G. B. A doutrina do consentimento informado: do direito fundamental à informação aos limites da capacidade de anuir no uso das técnicas de reprodução assistida. **Revista Pensar**, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/822>>. Acesso em: 15 maio 2020.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

TEIXEIRA, A. C. B. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TEIXEIRA, A.C. B. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v.16, p. 75-104. abr./jun. 2018. Disponível em: <<https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/232>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

UOL. **STF dá poder a estados para atuar contra covid-19 e impõe revés a Bolsonaro**. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/15/stf-tem-4-votos-a-favor-de-autonomia-de-governadores-durante-a-pandemia.htm>. Acesso em: 19 dez. 2020.

VIEIRA, L. H. S.; FONTES, R. F. N. Objeção de consciência: a legítima recusa a tratamento médico. **Revista Acadêmica FEOL**, v. 1, n. 1, p. 1-18, 2011. Disponível em: <<http://189.51.19.186:8081/revista/index.php/R1/article/view/7>>. Acesso em: 1 maio 2020.

SUBMETIDO: 21/01/2021

APROVADO: 06/05/2021