



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Direito
Curso de Direito Médico

MOISÉS BONIFÁCIO DAS NEVES

**LIVRO DE ORDEM DE OCORRÊNCIA DO PLANTÃO DE EMERGÊNCIA MÉDICA:
VALOR PROBATÓRIO JUDICIAL**

Rio de Janeiro

2018



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Direito
Curso de Direito Médico

MOISÉS BONIFÁCIO DAS NEVES

**LIVRO DE ORDEM DE OCORRÊNCIA DO PLANTÃO DE EMERGÊNCIA MÉDICA:
VALOR PROBATÓRIO JUDICIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade de Direito da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
para obtenção do título de Especialista em
Direito Médico.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/C

N518L

Neves, Moisés Bonifácio das.

Livro de ordem de ocorrência do plantão de emergência médica: valor probatório judicial/Moisés Bonifácio das Neves. - 2018.

56 f.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo.

Monografia (Especialização) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Direito, Rio de Janeiro, 2018.

1.Prova documental. 2. Emergências médicas. 3.Defesa (Direito). I. Figueiredo, Antônio Macena de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Direito. III. Título.

CDU 347.942

Bibliotecária Angélica Ribeiro CRB7/6121

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia de especialização, desde que citada a fonte.

Moisés Bonifácio das Neves

Assinatura

02 - ABRIL - 2018

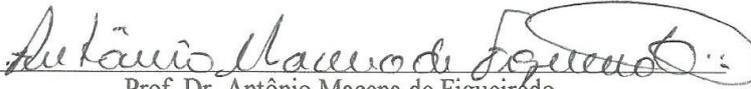
Data

MOISÉS BONIFÁCIO DAS NEVES

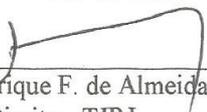
**LIVRO DE ORDEM DE OCORRÊNCIA DO PLANTÃO DE EMERGÊNCIA
MÉDICA: VALOR PROBATÓRIO JUDICIAL**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo



Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo
Faculdades de Direito da UERJ



Dr. Álvaro Henrique F. de Almeida
Juiz de Direito - TJRJ



Prof. Dr. Elida Seguin
Defensora Pública

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, pelas preciosas bênçãos em minha vida, autor da minha salvação e meu Senhor, socorro em todo tempo presente na hora da angústia, ânimo e força nos meus muitos momentos de fraqueza e pouca fé.

AGRADECIMENTO

Ao estimado Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo pela paciência, experiência e amizade, que aceitou o hercúleo desafio de me orientar apesar das minhas limitações, do prazo tão curto e de meus devaneios.

Aos meus pais Reinaldo e Goret, meu amado irmão Márcio e minha querida Lilian, por todo o amor, incentivo e pela compreensão do tempo dedicado aos estudos. Sem eles seria impossível fazer o curso, pois todo o tempo investido nesta monografia foi subtraído exclusivamente do convívio e momentos em família.

Aos professores do corpo docente do Curso de Especialização em Direito Médico da UERJ, que compartilhando conhecimentos e incentivando o pensar, contribuíram para minha formação acadêmica.

Aos colegas da magnífica Turma DirMed/UERJ 2016/2018, “a melhor turma de Direito Médico de todos os tempos”, pelo incondicional apoio, convívio e indelévels trocas de experiências.

EPÍGRAFE

“Importante não é ver o que ninguém nunca viu, mas sim, pensar o que ninguém nunca pensou sobre algo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

O presente trabalho tem como tema a validade legal do livro de ordem de ocorrência da emergência em caso de defesa profissional médica junto ao Poder Judiciário. Onde o objetivo é demonstrar que o referido livro pode ser considerado dentro o rol de documentos médico-legais como valor probatório. Para isso, foi feita uma abordagem qualitativa-descritiva e exploratória, fundada na revisão bibliográfica e pesquisa nas jurisprudências relativas a documentos hospitalares e registros de fatos nos serviços de emergência. Já a pesquisa na jurisprudência abrangeu a pesquisa nos últimos dezessete anos nos sites dos principais Tribunais de Justiça nacionais e ainda Superior Tribunal de Justiça e do Superior Tribunal Militar, buscando os termos “livro(s) de ocorrência(s) médica(s)”, “livro(s) de ocorrência(s) do plantão” e “livro(s) de ocorrência(s) hospitalar(es)”. Os critérios de exclusão foram: as jurisprudências referentes a áreas não relacionadas a ocorrências médicas/hospitalares, e nos casos de jurisprudências repetidas, foram selecionadas aquelas mais recentes. Os resultados quantitativos das jurisprudências encontradas no período de tempo analisado foram escassos, porém apresentou uma tendência de aumento nos últimos oito anos. O estudo demonstrou que o livro de ocorrência médica consubstancia-se como fonte de prova para defesa da responsabilidade médica, demonstração de improbidade administrativa e ainda para demonstrar direitos trabalhistas.

Palavras-chave: Livro de ocorrências médicas, serviço de emergência médica, valor probatório judicial, defesa profissional médica

ABSTRACT

The present work has as its theme the legal validity of the book of order of occurrence of emergency in case of medical professional defense with the Judiciary. Where the objective is to demonstrate that said book can be considered among the list of medical-legal documents as probative value. For this, a qualitative-descriptive and exploratory approach was taken, based on the bibliography and research review in the jurisprudence related to hospital documents and records of facts in the emergency services. Already the research in jurisprudence covered the research in the last seventeen years in the websites of the main national Courts of Justice and also Superior Court of Justice and the Superior Military Court, searching for the terms "book (s) of medical occurrence (s)", "Book (s) of occurrence (s) of the shift" and "hospital occurrence book (s)". Exclusion criteria were: jurisprudence referring to areas not related to medical / hospital occurrences and in cases of repeated jurisprudence, the most recent ones were selected. The quantitative results of the jurisprudence found in the analyzed period were scarce, but showed a tendency of increase in the last eight years. The study showed that the medical record is a source of evidence for the defense of medical responsibility, demonstration of administrative impropriety and also to demonstrate labor rights.

Keywords: Medical records, medical emergency service, judicial probative value, medical professional defense.

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1: Número de jurisprudências por ano relacionados a livro(s) de ocorrência(s) médica(s)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| A.C | Antes de Cristo |
| APH | Atendimento Pré- Hospitalar |
| ART | Artigo |
| B.E | Boletim de Emergência |
| CDC | Código de Defesa do Consumidor |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CPC | Código de Processo Civil |
| CBNB | Colégio Brigadeiro Newton Braga |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CRM-PB | Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba |
| CREMEPE | Conselho Regional de medicina do Estado de Pernambuco |
| ETC | Etcetera |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| STJ | Superior Tribunal de Justiça |
| STM | Superior Tribunal Militar |
| TJ-BA | Tribunal de Justiça do Estado da Bahia |
| TJ-DF | Tribunal de Justiça do Estado do Distrito Federal |
| TJ-ES | Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo |
| TJ-MG | Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais |
| TJ-PA | Tribunal de Justiça do Estado do Pará |
| TJ-PE | Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco |
| TJ-PR | Tribunal de Justiça do Estado do Paraná |
| TJ-RJ | Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro |
| TJ-RS | Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul |
| TJ-SE | Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe |
| TJ-SP | Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo |
| TRT | Tribunal Regional do Trabalho |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UTI | Unidade de Tratamento Intensivo |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| CAPITULO I - INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 Justificativa..... | 13 |
| 1.2 Problema..... | 15 |
| 1.2 Objetivos..... | 16 |
| 1.2.1 Geral..... | 16 |
| 1.2.2 Específicos..... | 16 |
| CAPITULO II - MÉTODOS E TÉCNICAS..... | 17 |
| CAPÍTULO III - REVISÃO DA LITERATURA..... | 20 |
| 3.1 Retrospectiva histórica dos documentos médico-legais..... | 20 |
| 3.2 Documentos Médico Legais..... | 22 |
| 3.2.1 Documentos médicos-administrativos hospitalares..... | 25 |
| 3.2.2 Documentos médicos-administrativos da unidade de emergência..... | 27 |
| 3.2.3 Livro de ocorrências médicas da emergência..... | 27 |
| 3.2.4 Outros Livros de ocorrências hospitalares..... | 30 |
| 3.2.5 Base legal dos documentos administrativos hospitalares públicos ou Privados..... | 32 |
| 3.2.5.1 Valor probante dos documentos públicos..... | 32 |
| 3.2.5.2 Valor probante dos documentos particulares..... | 32 |
| 3.2.5.3 As fontes de prova e os meios de prova..... | 34 |
| 3.2.5.4 Busca e apreensão de documentos..... | 36 |
| 3.2.5.4.1. Livros de registros da enfermagem..... | 38 |
| CAPÍTULO IV – RESULTADOS..... | 41 |
| 4.1 Pesquisa nos sítios dos Tribunais..... | 41 |
| 4.2 Apresentação dos resultados..... | 41 |
| CAPÍTULO V – DISCUSSÃO..... | 44 |
| REFERÊNCIAS..... | 48 |
| ANEXOS | 54 |

CAPITULO I – INTRODUÇÃO

Heráclito de Éfeso (504-500 a.C), cujo cognome recebido de “Skoteinós”, o Obscuro, devido ao seu livro “Sobre a Natureza” escrito em prosa de forma tão concisa, no dialeto jônico, é considerado o mais eminente pensador pré-socrático. Nos seus aforismos, enfatizou o caráter mutável da realidade. Para ele, a noção de fluxo universal tornou-se uma máxima: “tu não podes descer duas vezes no mesmo rio, porque novas águas correm sempre sobre ti” (SOUZA, 1996).

Resumidamente, o pensamento “heraclítico” entende que a essência é mudar. Assim sendo, Heráclito tornou-se célebre por fundamentar suas dialéticas idéias filosóficas numa lei racional que ditaria o movimento ininterrupto do mundo.

Considerando a essa mutabilidade, a preocupação em registrar descobertas e observações, e por conseqüência, o hábito de deixar registros para a posteridade tem significativo valor na acumulação do conhecimento. Através destes registros, os estudiosos tomam conhecimento da experiência dos que os antecederam e antes investigaram o mesmo fenômeno, orientando as pesquisas a partir do ponto em que foram interrompidas, deste modo evitando a desnecessária e custosa repetição (PERRONE, 1967).

Ao registrar as observações e conclusões, o pesquisador estará criando um útil acervo para aqueles que no futuro venham encarar questões de natureza similar ou correlata.

Na prática do exercício da medicina, enquanto médico atuante na carreira militar e plantonista em serviço de emergência são rotinas fazer os devidos registros de qualquer intercorrência durante o plantão no “livro de ordem e ocorrência da equipe médica”. Aos poucos percebemos que este tipo de documento vem sendo muito utilizado em todas as instituições de saúde, sendo muito freqüente encontrá-los nos setores e/ou postos de enfermagem nos hospitais seja da rede pública ou privada.

Do mesmo modo, constatamos que esse tipo de livro de registro é também muito usado pela equipe médica. Em geral é encontrado nos setores de trabalho reservada a equipe médica, sobretudo, na sala reservadas aos médicos de plantão nos serviços de pronto atendimento. Serve tanto como meio de comunicação entre as equipes, quanto para comprovação de condutas assumidas durante a jornada de trabalho. Em outras palavras, é concebido como o registro mais importante de ordens e ocorrências durante cada turno de trabalho.

Ocorre que esse tipo de registro é pouco valorizado pela equipe médica, uma vez que se resume praticamente a comunicação entre as equipes de plantão. No entanto, à medida que obtivemos mais informações por meio de qualificação profissional no Curso de Extensão em Direito Médico na Universidade Federal Fluminense (UFF) e, posteriormente, no curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Direito Médico na Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), percebemos o valor legal desse tipo de registro, seja como meio probatório em processos administrativos, tribunais de ética, demandas judiciais e até em sindicância interna relacionados a apuração de intercorrências durante a assistência médica.

Desse modo, o presente estudo tem como objeto discutir o valor legal desse documento de registro institucional como meio de prova admitido em direito, sobretudo, porque vem sendo requisitado por meio de busca e apreensão, juntamente com prontuários médicos para servir como meio de prova em juízo.

Trata-se de uma abordagem empírica, haja vista que numa pesquisa preliminar constatou-se que esses registros estão mais restritos na área de enfermagem. Por outro lado, buscou-se analisar a sua utilização como meio de prova na esfera do direito civil, militar e penal, para defesa profissional em casos de processos ético-disciplinar, administrativo ou judicial, vez que no ordenamento jurídico prevê a utilização de todos os meios idôneos de provas (CÂMARA, 2010).

O Código de Processo Civil de 2015 enumera como meios de prova tanto o depoimento pessoal (Art. 385 a 388), como a exibição de documentos ou coisa (Art. 396 a 404), a prova documental (Art. 405 a 441), a confissão (Art. 389 a 395), a prova testemunhal (Art. 442 a 463), a inspeção judicial (Art. 481 a 484) e a prova pericial (Art. 464 a 480).

1.1 Justificativa

Apesar da existência do prontuário médico, dos documentos médico-legais e demais registros em assentos nas unidades de atendimentos de emergência e demais setores, não há definição ética, administrativa ou legal onde as ocorrências do plantão de emergência enquadram-se. Diante da angústia no exercício da particular atuação dos plantonistas da emergência, muitas dessas intercorrências são relatadas em um livro, o qual em geral denomina-se de livro de ordem de ocorrência.

Assim, vários são os motivos que justificam a realização da presente pesquisa: inicialmente, por se tratar de ser empírica e original; depois, pelo fato de que numa pesquisa preliminar constatou-se a escassez de trabalhos com este enfoque; e, por fim, diante da possibilidade de utilizar tais registros para defesa profissional nas instâncias ético-disciplinar ou judicial.

Em particular, na prática, este autor já vivenciou situações em que não fosse o cuidado de ter registrado certa intercorrência em um plantão no serviço de emergência em uma unidade hospitalar militar, não conseguiria obter êxito em comprovar que não houve omissão e que todas as providências foram tomadas para evitar maiores danos ao paciente.

Ademais, considerando que em vários processos que tem por fim apurar as provas do fato, recorrem-se ao instituto jurídico da busca e apreensão para se obter maiores informações de outros registros distintos do prontuário do paciente. Sendo, assim o livro de ordem de ocorrência parece adquirir escopo legal para ser usado como meio de prova.

1.2 Problema

O livro de ordem de ocorrência da emergência tem validade legal em caso de defesa profissional médica junto ao Poder Judiciário?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Demonstrar que o livro de ordem e ocorrência plantão de emergência médica pode ser considerado dentre o rol de documentos médico-legais como valor probatório.

1.3.2 Específicos:

a. Identificar os principais documentos médico-legais envolvidos no ambiente hospitalar, sobretudo na unidade de emergência.

b. Discutir a natureza legal do livro de ordem de ocorrência do plantão de emergência médica no contexto dos documentos médico-legais, suas características, a responsabilidade do seu preenchimento e sua aplicabilidade com vistas, fundamentalmente, a defesa profissional médica quer em processos administrativos internos quer junto ao Poder Judiciário.

c. Verificar como o livro de ordem de ocorrência do plantão de emergência médica goza de validade legal, considerando a legislação vigente e a resolução no âmbito do Conselho Federal de Medicina, bem como se o Poder Judiciário aceita-o como meio de prova em caso de defesa profissional, especialmente no que diz respeito à defesa médica e hospitalar.

CAPITULO II – MÉTODOS E TÉCNICAS

Trata-se de uma abordagem qualitativa-descritiva e exploratória, fundada na revisão bibliográfica e pesquisa nas jurisprudências relativas a documentos hospitalares e registros de fatos nos serviços de emergência. Enquanto a pesquisa na jurisprudência abrangeu os tribunais dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Pará, Distrito Federal, do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Superior Tribunal Militar (STM).

Segundo Figueiredo e Souza (2017, p. 103) “a pesquisa qualitativa-descritiva destina-se as investigações empíricas cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos.” Afirmam que “geralmente utiliza-se esse tipo de pesquisa quando as informações de interesse para o estudo não se encontram em documentos e/ou em referências bibliográficas.”

Já a pesquisa exploratória consiste também em investigações empíricas, cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos, explicam os mesmo autores.

Segundo os critérios apresentados por Vergara (2009), a pesquisa pôde ser classificada quanto aos fins e aos meios de investigação. Quanto aos fins pôde ser classificada como descritiva e aplicada. Acreditou-se que no presente trabalho monográfico essas duas classificações estão presentes.

Assim, a pesquisa foi descritiva uma vez que expôs o livro de ocorrência do plantão da emergência médica visando uma melhor compreensão de sua natureza e importância como meio de prova em caso de defesa profissional nos processos administrativos internos ou perante o Poder Judiciário.

Quanto aos meios de investigação, Vergara (2009) destacou, fundamentalmente, a pesquisa bibliográfica e documental. Esses dois tipos foram utilizados no presente trabalho. A primeira ou fonte secundária abrange toda bibliografia já publicada relacionada ao tema em estudo, desde livros, jornais, revistas, monografias, dissertações, teses, dentre outros, já a pesquisa documental a fonte de coleta de dados restringe-se a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias, conforme Figueiredo e Souza (2017, p. 100)

Deste modo, buscou-se informação em documentos médico-legais, registros de natureza médica, prontuário do paciente, documentação médica hospitalar, com ênfase no livro de ocorrência da emergência, desde a literatura clássica até a contemporânea sobre os temas considerando tanto instituições públicas como privadas, especialmente àquelas ligadas a administração hospitalar, ao direito médico, direito civil e resoluções dos Conselhos Federais e Regionais de Medicina e Enfermagem.

Quanto a jurisprudência abrangeu a pesquisa nos bancos de dados dos principais Tribunais Nacionais, especialmente os Tribunais de primeiro e segundo grau do Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Pará, Distrito Federal, além do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Superior Tribunal Militar (STM).

O vocábulo jurisprudência deriva do latim formado por *juris* e *prudência*, para designar a Ciência do Direito ou teoria da ordem jurídica. Noutros termos, citando Miguel Reale, Nader (2014, 173) realça as qualidades essenciais ao jurista, que é a prudência. Atualmente esse vocábulo é “adotado para indicar os precedentes judiciais, ou seja, a reunião de decisões judiciais interpretadoras do Direito vigente”. Modernamente, há duas noções de jurisprudências:

1. A *Jurisprudência em sentido amplo*: é a coletânea de decisões proferidas pelos tribunais sobre determinada matéria jurídica. Tal conceito comporta: (a)- *Jurisprudência uniforme*: quando as decisões são convergentes; quando a interpretação judicial oferece idêntico sentido e alcance às normas jurídicas; (b)- *Jurisprudência divergente ou contraditória*: ocorre quando não há uniformidade na interpretação do Direito pelos julgadores.

2. *Jurisprudência em sentido estrito*: dentro desta acepção, jurisprudência consiste apenas no conjunto de decisões uniformes, prolatadas pelos órgãos do Poder Judiciário,

sobre uma determinada questão jurídica. É a uniformidade do critério de julgamento. Tanto esta espécie quanto a anterior pressupõem uma pluralidade de decisões (NADER, 2014).

É importante por fim ressaltar que, a jurisprudência não se forma apenas quando há lacuna na lei ou quando esta apresenta defeitos. Assim, pode apresentar-se sob três espécies: *secundum legem*, *praeter legem* e *contra legem*. Respectivamente, limita-se a interpretar as regras definidas na ordem jurídica, desenvolve-se na falta de regras específicas ou se forma ao arrepio da lei, conforme Nader (2014).

É importante por fim ressaltar que, a jurisprudência não se forma apenas quando há lacuna na lei ou quando esta apresenta defeitos. Assim, pode apresentar-se sob três espécies: *secundum legem*, *praeter legem* e *contra legem*. Respectivamente, limita-se a interpretar as regras definidas na ordem jurídica, desenvolve-se na falta de regras específicas ou se forma ao arrepio da lei, conforme Nader (2014).

Para a delimitação descritiva e refinada na base de dados nos sítios pesquisados dos tribunais anteriormente citados foram utilizados os termos “livro(s) de ocorrência(s) médica(s)”, “livro(s) de ocorrência(s) do plantão” e “livro(s) de ocorrência(s) hospitalar(es)” para facilitar a disponibilidade de acesso aos dados.

Quanto à delimitação temporal, foi tomado como referência os anos entre 2000 a 2017 por representar o período mais recente de tempo. Os critérios de exclusão foram: a) as jurisprudências referentes a áreas não relacionadas a ocorrências médicas/hospitalares, por exemplo, as ocorrências registradas em livros de condomínios, delegacias, unidades prisionais, no âmbito eleitoral etc e; b) nos casos de jurisprudências repetidas, foram selecionadas aquelas mais recentes.

Inicialmente foram tabulados todos os endereços eletrônicos do campo de busca de jurisprudências dos sítios dos tribunais pesquisados, e depois os resultados foram plotados em um gráfico, correlacionando quantitativamente os resultados apresentados nos últimos dezesseis anos. A seguir os dados foram prospectados e analisados de forma qualitativa, sendo selecionados os mais representativos dentre as jurisprudências que correlacionassem o livro de ocorrência médica utilizado como meio de prova.

CAPÍTULO III– REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Retrospectiva histórica dos documentos médico-legais.

Os registros médicos são tão antigos quanto à própria medicina. Em relação aos registros referentes à saúde das pessoas, verifica-se que o prontuário do paciente, como atualmente é concebido, em sua estrutura atual, bem como os arquivos médicos tem pouco tempo de existência. Já os registros referentes à saúde e doença, remontam ao antigo Egito. No período 2.500 a 3.000 a.C., o sacerdote Inhotep registrou quarenta e oito casos cirúrgicos em um papiro (CRUZ, 2015; RODRIGUES FILHO; XAVIER; ADRIANO, 2001).

Já na Grécia antiga, durante a segunda metade do século V a.C., as obras recolhidas sob o título de Corpus hippocraticum ou Coleção hipocrática continham sessenta e seis tratados sobre temas relacionados ao corpo humano. Dentre esses, Hipócrates de Cós, o pai da medicina, escreveu apontamentos sobre doenças de pacientes em sua obra “Epidemias” (Tomos I a VII), podendo ser considerado o que hoje denominamos de prontuário médico (CAIRUS; RIBEIRO JUNIOR, 2005).

De acordo com Marin; Massad; Azevedo Neto (2003), Hipócrates estimulava os médicos a fazerem registros escritos, pois, tais registros possuíam dois propósitos básicos que seriam: 1) refletir de forma exata o curso da doença e 2) indicar suas possíveis causas.

No ano de 1137 o hospital de São Bartolomeu, em Londres, já havia alguma documentação relativa aos pacientes. Tal estabelecimento foi posteriormente, um divisor de águas para o desenvolvimento prático da medicina em solo inglês. Desde aquele período, a Inglaterra já contava com a existência de médicos leigos, segundo se deduz de vários documentos do início do século XII, nos quais os médicos da câmara Real lançavam suas assinaturas após a dos dignatários religiosos (CAMILA MARÉGA, 2013; MEZZOMO, 1998).

Segundo Mezzomo (1988), por volta do ano de 1580, surgiu, na Itália, o religioso Camilo de Lellis, que alterou substancialmente o sistema de assistência aos pacientes e a administração dos hospitais, instituindo o banho de leito aos pacientes e

exigindo ventilação nas enfermarias. Em relação ao que hoje se chama de prontuário do paciente, Camilo de Lellis exigiu: a) prescrição médica individual para os pacientes; b) prescrição do regime alimentar; c) passagem de plantão e; d) relatório da enfermagem por plantão. Com tais medidas entre outras, os mais importantes hospitais de Roma, Gênova e Milão, passaram a apresentar documentação sobre os pacientes.

A partir de então, entendeu-se que não somente o registro fiel, mas também as informações completas relativas ao diagnóstico e terapêutica adotada para cada paciente no prontuário seria imprescindível o racional aproveitamento dessas informações, bem como sua guarda e preservação. A primeira conduta para isto é pensar que todo prontuário, bem como os demais documentos médicos é, teoricamente, de custódia absoluta do hospital que o produziu, surgindo assim à necessidade de criação de um órgão específico para guarda, preservação e recuperação dessas informações (MARTINS, 2016).

Mais tardiamente, Florence Nightingale 1820-1910, foi precursora da enfermagem moderna, e, quando tratou os doentes da guerra da Criméia (1853-1856), também detectou a necessidade da existência de registros das informações relativas aos doentes (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

A dama da lâmpada, como a enfermeira Florence Nightingale ficou conhecida na história, afirmava que o registro referente à saúde dos pacientes era fundamental para o tratamento.

Ela afirmava que:

Na tentativa de chegar à verdade eu tenho buscado, em todos os locais, informações, mas em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usadas comparações. Estes registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o que de bom foi realmente feito com ele (NIGHTINGALE apud MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003, p.2)

No ano de 1877, nos Estados Unidos, o Hospital Geral de Massachusetts começou a arquivar dados clínicos o que evoluiu para a criação o primeiro Arquivo Médico que se tem notícia em 1897. Este órgão nos hospitais americanos recebeu o nome de Medical Record Department (MEZZOMO, 1998; Martins, 2016).

Apesar da longa história dos registros médicos e de sua organização, a idéia de que a avaliação da qualidade do atendimento médico é condição básica para padronização dos hospitais, e que a análise das informações contidas nos registros do prontuário do paciente, o único meio para esta avaliação, é recente, data das primeiras décadas do século XX. Foi precursada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que estabeleceu normas para classificação de hospitais. E já em 1913, requisitava registros completos dos atendimentos e arquivamento dos prontuários para conceder credenciamento de hospitais (MEZZONO, 1988).

Ainda de acordo com o autor acima citado, No Brasil, o primeiro hospital a implantar um serviço de Arquivo Médico e Estatística, com o objetivo de ordenar, guardar e conservar os dados que constituem o prontuário de pacientes, foi o Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1943. Isto ocorreu graças à iniciativa da Dra. Lourdes de Freitas de Carvalho, que havia realizado especialização nos EUA e adaptou o modelo americano (Medical Records Department) à realidade brasileira. O segundo serviço foi o da Santa Casa de Santos, em 1945 e o terceiro foi o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro.

3.2 Documentos Médico Legais

Para França (2012), a definição de documento é:

Toda anotação escrita que tem a finalidade de reproduzir e representar uma manifestação do pensamento. No campo médico-legal da prova, são expressões gráficas, públicas ou privadas, que têm o caráter representativo de um fato a ser avaliado em juízo (FRANÇA, 2012, p.25)

Ainda, segundo o referido autor, os documentos que podem apresentar interesse a justiça, podem ser reunidos nos seguintes grupos: as notificações, os atestados, os prontuários, os relatórios e os pareceres; além desses, os esclarecimentos não escritos no âmbito dos tribunais, constituídos pelos depoimentos orais.

Notificações são comunicações obrigatórias, por força legal, feitas por médicos a respeito de um fato médico às autoridades competentes, por necessidade social ou

sanitárias, como moléstias infecto-contagiosa, acidentes de trabalho, morte encefálica, à autoridade pública quando em instituição de saúde pública ou privada, para que sejam tomadas as devidas providências sanitárias, judiciárias ou sociais cabíveis (FRANÇA 2012; ALCÂNTARA, 2014).

De acordo com França (2012), atestados são documentos que objetivam firma veracidade de um fato ou ainda a existência de determinado estado, obrigação ou ocorrência, servindo para reproduzirem com idoneidade uma específica manifestação do pensamento.

Nesse mesmo sentido os atestados médicos, portanto, são declarações sucintas das conseqüências de um fato médico que implicam providências administrativas, judiciárias ou oficiosas, relacionadas com o cliente, podendo ser, considerando sua finalidade e procedência: administrativo, oficioso e judiciário (ALCÂNTARA, 2014).

Eles são singelos e desprovidos de formalidades, os quais são lavrados por profissionais médicos de quaisquer especialidades, desde que se sintam capacitados para tal, conquanto que estejam devidamente inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina competentes de suas respectivas unidades federativas (FRANÇA, 2012).

Ainda segundo o autor acima os atestados não possuem uma forma definida, mas necessariamente devem apresentar:

Cabeçalho – onde deve constar a qualificação do médico; qualificação do interessado – que é sempre o paciente; referência à solicitação do interessado; finalidade a que se destina; o fato médico quando solicitado pelo paciente ou seus familiares; suas conseqüências, como tempo de repouso ou de afastamento do trabalho; e local, data e assinatura com o respectivo carimbo profissional, onde contenham nome do médico, CGC e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina da jurisdição sede de sua atividade (FRANÇA, 2012, p.26).

Os prontuários médicos possuem os registros das anamneses dos clientes e ainda todos os documentos referentes aos cuidados médico-hospitalares prestados de forma absolutamente padronizados, organizados e sucintos, bem como, os demais documentos que pertençam a essa assistência. Embora seja o prontuário do paciente um documento

criado para interesses médicos, ele pode ser muito útil para produzir efeitos jurídicos de grande significação médico-legal notoriamente como defesa do profissional da saúde, caso ele venha ser responsabilizado por algum resultado atípico ou indesejado. (FRANÇA, 2012).

Eles devem conter informações suficientes para justificar o diagnóstico, o tratamento e os resultados finais, tais informações devem ser diversificadas contendo os seguintes itens: dados de identificação, diagnóstico provisório, anamnese, exame físico, pareceres, exames complementares, exames histopatológicos, tratamento médico e/ou cirúrgico, anotações sobre evolução, diagnóstico definitivo, sumário, relatório de necropsia e ainda anotações sobre seguimento (PERRONE, 1967).

O relatório médico-legal – ou laudo médico-legal é o documento que apresenta minuciosa descrição na forma escrita de todo o procedimento da perícia médica, por um ou mais profissionais previamente nomeados e comprometidos na forma da lei, por autoridade policial ou judiciária a fim de responder à solicitação da autoridade policial ou judiciária frente ao inquérito (SILVEIRA, 2015).

Os pareceres médico-legais são uma resposta a uma consulta feita, por um interessado, a um ou mais médicos, sobre fatos de uma questão a ser esclarecida. Nele não há o exame da vítima, e, portanto, não há descrição. O profissional médico examinará todos os elementos dos autos, os laudos de exame e de local, e, principalmente, o laudo médico legal (SILVEIRA, 2015).

Eles são, portanto, como sintetiza França (2012):

A definição do valor científico de determinado fato, dentro da mais exigente e criteriosa técnica médico-legal, principalmente quando esse parecer está alicerçado na autoridade e na competência de quem o subscreve, como capaz de esclarecer a dúvida constitutiva da consulta (FRANÇA, 2012, p.30).

Os depoimentos orais são informações prestadas, de viva voz pelo perito, para esclarecer pontos duvidosos de perícias realizadas pelos próprios especialistas ou por outrem a respeito de qualquer assunto de interesse da lei, perante a autoridade policial ou judiciária em audiências de instrução e julgamento sobre fatos obscuros ou conflitantes (ALCÂNTARA, 2014; FRANÇA, 2012).

3.2.1 Documentos médicos-administrativos hospitalares

No hospital todos os fatos e ocorrências devem ser registrados de forma acurada e cuidadosa, pois envolvem aspectos gerenciais, operacionais e contábeis, além de atividades de ensino, pesquisa e assistência ao paciente.

Assim o registro pode ser considerado uma atividade de caráter universal especialmente no âmbito hospitalar que gera documentos que fornecem informações precisas que permitem, conforme discorre Perrone (1967):

- a) o eficiente atendimento da clientela;
 - b) o ensino e a pesquisa científica;
 - c) a análise e avaliação do rendimento do Hospital, como empresa;
 - d) a análise e avaliação do trabalho médico (auditoria médica);
 - e) a prestação de informações sobre o Hospital e os pacientes;
- (PERRONE, 1967, p.7).

Dentro do rol dos documentos administrativos hospitalares, para uma eficiente sistematização, podem ser consideradas as seguintes documentações médicas em uma unidade hospitalar, podendo ser divididas em oito modalidades, de acordo com Perrone (1967):

(A) Documentação escrita: as fichas do prontuário do paciente, além dos originais e cópias dos relatórios dos exames complementares de diagnóstico e ainda tratamento especializados.

(B) Documentação gráfica: diagramas ou traçados diagnósticos (métodos gráficos) como, por exemplo, eletrocardiograma, eletroencefalograma, além de desenhos, esquemas e gravuras.

(C) Documentação radiográfica: telerradiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassonografias e cintilografias.

(D) Documentação fotográfica: de pacientes, peças anatômicas, peças cirúrgicas, dos filmes radiológicos, fotografias, microfotografias e até microfilmes.

(E) Documentação cinematográfica: de procedimentos cirúrgicos, etc.

(F) Documentação fonográfica: relatórios das operações, de exames complementares, observações clínicas e laudos radiológicos, além de discos, discos

compactos (CD), Disco Digital de Vídeo (DVD), fitas magnéticas, etc.

(G) Documentação fono-cinematográfica: operações cirúrgicas, exames radiológicos dinâmicos, etc.

(H) documentos diversos: lâminas histopatológicas, peças de necropsia e cirúrgicas, blocos de parafina, moldes de cera, gesso ou similares para fins odontológicos, cirúrgicos, etc.

O registro e a documentação são atividades de natureza universal no hospital. Um dos principais aspectos é a documentação médica, podendo ser definida como diz Perrone (1967, p.7) “o conjunto de documentos referentes ao paciente, seu diagnóstico, tratamento e resultados”.

Assim a documentação médica abrange tanto os registros feitos por profissionais médicos quanto por outros profissionais na área da saúde que convirjam para plano de tratamento do paciente, entre eles, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros. Como bem resume Perrone (1967, p.7) “(...) e não deve ser considerada apenas como o prontuário médico. Este documento, não obstante o mais importante, não é o único referente à vida do paciente e de sua doença.”

Marin et al (2003) discorre que diferentes são os profissionais envolvidos no registro de informações do prontuário do paciente, pois, ele possui a colaboração de diversos profissionais da área da saúde e assim os dados são gerados a partir de fontes diferentes, resultando em uma grande variedade de informações.

O prontuário do paciente oferece suporte à área administrativa dos hospitais, no aspecto financeiro e legal. A partir do prontuário é possível extrair informações sobre gastos com medicamentos e equipamentos, avaliar a qualidade do atendimento oferecido e o desempenho dos profissionais além de ser uma documentação jurídica, que tem serventia como prova legal, e de proteção do médico, do paciente e da instituição onde foi prestado o atendimento (CRUZ, 2015).

3.2.2 Documentos médicos-administrativos da unidade de emergência

De acordo com Galvão (2013), em um setor de emergência de um grande hospital, ou nos serviços de pronto-socorro e/ou unidade de pronto atendimento de uma unidade básica de saúde, não existe o prontuário propriamente dito. Uma vez que o paciente dá entrada em qualquer um desses setores citados, é aberto um boletim de emergência (B.E) e este é o único documento de registro até o final do atendimento médico, cujo preenchimento é obrigatório de acordo com o Conselho Federal de Medicina (2014, p.4), “Art. 9º É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.”

Ainda segundo Galvão (2013), o boletim de emergência trata-se de um documento de identificação que deve constar do número do B.E, o nome do paciente, data de nascimento, nome da mãe e do pai, motivo do atendimento, procedência, como ocorreu o deslocamento até a unidade de atendimento, se o paciente encontra-se acompanhado ou só, e uma vez acompanhado deve constar o nome do acompanhante, entre outras informações pertinentes.

O boletim de emergência é o único documento de defesa profissional em caso de acusação de negligência, erro médico ou omissão de socorro, além de ser um documento valioso para o paciente, para a instituição, para a pesquisa, para o ensino e até para a complementação de investigação criminal, portanto, ele deve ser correta e minuciosamente preenchido de forma legível e com clareza, nele devendo constar o correto relato do motivo da procura do atendimento, registro sobre exame físico, exames laboratoriais, prescrição e tratamento indicado entre outras anotações (GALVÃO, 2013).

3.2.3 Livro de ocorrências médicas da emergência

Outro documento pouco mencionado pelos autores, mas também de grande importância no trabalho cotidiano dos profissionais médicos que atuam nos setores de emergência dos hospitais, ou nos serviços de pronto-socorro e/ou unidade de pronto atendimento é o livro de ordem de ocorrência do plantão de emergência médica ou também conhecido como livro de ocorrências médicas.

Com o objetivo de completar esse hiato, no ano de 2010 o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) publicou a resolução de número 2/2010 que abordou sobre o **livro de ocorrências médicas**, visto que cabe aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização do exercício profissional da medicina e a sua promoção do perfeito desempenho técnico, ético e moral além do seu prestígio e bom conceito, da profissão e dos que a exerçam, resolveram:

Art. 1.º Os estabelecimentos Públicos e Privados que funcionam em regime de plantão médico deverão contar com um **Livro de Ocorrências Médicas** para registro dos fatos técnicos, administrativos e éticos que venham a ocorrer no transcurso do plantão.

§ 1.º O termo de abertura do Livro de Ocorrências Médicas deverá ser lavrado pelo Diretor Técnico, com páginas numeradas, e, ao final de cada plantão, assinado de forma legível pelo plantonista ou pelo chefe da equipe de plantão, em caso de haver mais de um plantonista.

§ 2º As ocorrências do plantão, que impliquem em riscos ao usuário e/ou ao profissional médico, especialmente as restrições ao atendimento do paciente, deverão ser devidamente registradas no Livro de Ocorrências Médicas e imediatamente comunicadas ao CREMEPE pelo Diretor Técnico do estabelecimento, por escrito, para que sejam adotadas as providências legais pertinentes.

§ 3º O Livro de Ocorrências Médicas não substitui o devido registro nos prontuários dos pacientes, das intercorrências e prescrições durante a evolução dos pacientes internados.

Art. 2.º A guarda do Livro de Ocorrências Médicas será da equipe do plantão, devendo ser repassado para a equipe substituta (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010, p.1-2).

No ano de 2013 o Conselho Federal de Medicina (CFM) corroborou com que fora publicado pelo CREMEPE em 2010 a respeito do livro de ocorrências médicas estabelecendo uma rotina obrigatória para seu preenchimento, na publicação 2056/2013, que versou a respeito dos estabelecimentos de internação médica, no seu capítulo VII:

Art. 26. Os serviços que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral, inclusive hospitalar, devem oferecer as seguintes condições mínimas para o exercício da medicina:

[...] IV – plantão médico presencial permanente durante todo o período de funcionamento do serviço.

[...] b. As principais ocorrências do plantão **devem ser assentadas em Livro próprio** ao término de cada jornada de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p.8);

Nesse mesmo diapasão, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB)

também editou a resolução de número 171/2015, que ratificou o que já havia sido publicado na questão do livro de ocorrências médicas e incluiu mais informações sobre os tipos de estabelecimentos que possam gerar intercorrências médicas, a natureza da informação que deve ser registrada no livro de ocorrência, a revisão periódica, a armazenagem, o tempo de guarda e ainda determinação de responsabilidade em caso de extravio do referido livro, como se pode constatar a seguir:

Art. 1.º [...]

§ 1.º São exemplos de estabelecimentos que executem procedimentos com potencial de gerar intercorrências médicas as salas de doação de sangue, clínicas de endoscopia, clínicas de hemodiálise, hospital-dia, UTI, emergências e APH.

[...]

§ 3.º Devem ser registrados no livro as eventuais trocas ou substituições no turno de trabalho, o absenteísmo, além de informações sobre número de atendimentos, de internamentos, de óbitos e de cirurgias,

§ 4.º Só devem ser registrados nos Livros de Ocorrências fatos relacionados exclusivamente ao exercício da medicina durante os plantões,

[...]

§ 6.º Compete ao diretor técnico – com intervalo máximo de quinze dias, visar todas as páginas do livro de ocorrências médicas.

Art. 2.º A guarda do Livro de Ocorrências Médicas será dos plantonistas, devendo ser repassado para a equipe substituta, e permanecer no local de trabalho dos médicos ao alcance da fiscalização.

§ 1.º Caberá ao diretor técnico dispor um armário com chave para a guarda do livro de ocorrências médicas.

§ 2.º Em caso de extravio, será responsabilizado o diretor técnico, sem prejuízo da abertura de sindicância administrativa para apurar desaparecimento de documentos públicos.

§ 3.º O tempo de guarda do livro de ocorrência médica deverá ser o mesmo que o do prontuário médico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA, 2015, p.2-3).

Sendo assim, o livro de ocorrências médicas da emergência não pode ser visto apenas como documento burocrático de prova e defesa ou para simples registro dos fatos técnicos, administrativos e éticos ocorra durante o plantão, ele permite utilizações que ultrapassam o âmbito hospitalar e beneficiam toda a sociedade.

3.2.4 Outros Livros de ocorrências hospitalares

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2012a), a documentação do paciente (prontuário) e os documentos inerentes ao processo de cuidados enfermagem (livros de ocorrência, relatórios, etc.) são a finalização do processo de cuidar do paciente: trazem maior visibilidade a atuação da enfermagem, corrobora o planejamento da assistência, demonstra a produtividade da equipe, permitem que sejam feitas estatísticas de atendimento, tem utilidade como fonte de consulta para inspeção da auditoria de enfermagem, além de ser provas cabais da jornada de trabalho, e ainda, poderão servir para a defesa ou incriminação de profissionais de saúde.

A Resolução COFEN 358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º, da referida Resolução, diz, “A execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente”.

Outra Resolução do COFEN 429/2012, ratifica o que já fora publicado e ainda dispõe sobre os registros das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico, define que:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a qualidade e a continuidade da assistência.

[...]

Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.

[...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012b)

Segundo Silva; Campos (2007), a passagem de plantão, troca ou entrega de turno é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta ou indireta ao paciente durante um período de trabalho, bem como assuntos de interesse institucional. É um momento de troca de informações com a

equipe reunida para compartilhar dados da assistência prestada e rever condutas, atualizando-se sobre o estado de saúde do paciente e funcionamento da unidade.

Ainda segundo Silva; Campos (2007), a qualidade da informação relativa aos pacientes sob os cuidados da equipe de enfermagem durante a passagem do plantão para a equipe que assume o serviço depende da habilidade de quem transmite tais informações, da modalidade escolhida, do tempo despendido para explicitar as condutas ora adotadas e da preocupação da equipe em registrar informações por escrito que relatem as intercorrências com o paciente.

Conforme demonstrado é importante que os profissionais de enfermagem registrem em prontuário todos os dados relativos ao paciente, ou seja: estado geral, dados vitais, intercorrências, procedimentos realizados e todas as demais informações inerentes ao processo de cuidado de Enfermagem. Nas informações constantes do prontuário é que se devem obter dados necessários a continuidade da assistência de Enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2014).

Diante da extensa legislação sobre o registro e anotações das atividades de enfermagem, ocorrências e intercorrências, os referidos registros se fazem necessários em qualquer área da assistência de enfermagem. Notoriamente para os registros dos atendimentos e/ou cuidados de enfermagem sejam anotados no prontuário, folha de evolução ou folha de atendimento do paciente e que as ocorrências e intercorrências referentes à equipe, sejam registradas no livro de relatório/ocorrência de enfermagem, acessível e privativo da equipe de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012a).

3.2.5 Base legal dos documentos administrativos hospitalares públicos ou privados

3.2.5.1 Valor probante dos documentos públicos

Segundo Carnelutti (1982, p.156) define documento como “uma coisa capaz de representar um fato”. A expressão “prova documental” abrange os instrumentos e os documentos, que se diferenciam, principalmente, em razão de serem constituídos com o objetivo de servir de prova; estes, ao contrário, poderão ser utilizados como prova, mas não são confeccionados com essa finalidade (ANTUNES, 2005).

Os documentos podem ser públicos ou privados. O documento público de acordo com o Código de Processo Civil (2012), “Art. 405. O documento público faz prova não só da sua formação, mas também dos fatos que o escrivão, o chefe de secretaria, o tabelião ou o servidor declarar que ocorreram em sua presença.” O documento público no referido artigo traz que este faz prova de sua formação, e fato, dos quais escrivão, chefe de secretaria, tabelião ou servidor declararem ter acontecido em sua presença, sendo esta a força probante do documento público.

Já o instrumento público é uma espécie do documento público, por exemplo, o boletim de ocorrência, provando que houve comparecimento à delegacia e prestou declarações. A presunção de um documento público é *iures tantum* (de direito), portanto essa presunção de veracidade dos documentos públicos é relativa, visto que pode ser afastada por prova contrária (ANTUNES, 2005; FERNANDES, 2017).

Assim, para que a presunção de veracidade dos documentos públicos alcance o fato em si, é necessário que tenha ocorrido na presença do funcionário público. E ainda que o funcionário público se limite a documentar declaração de particular, a presunção de veracidade do documento público se resumirá ao fato de ter sido efetivamente prestada (ANTUNES, 2005; FERNANDES, 2017).

3.2.5.2 Valor probante dos documentos particulares

Antes da análise o valor de prova dos documentos particulares, cabe fazer a distinção entre instrumentos particulares e documentos particulares, que segundo Humberto Theodoro Jr:

Instrumentos particulares são os escritos redigidos com a finalidade específica de documentar a prática de um ato jurídico e, assim, formar

uma prova pré-constituída para uso futuro, por exemplo, o instrumento do mandato ou do contrato de locação, o recibo de um pagamento feito etc.

Simple documentos particulares são quaisquer outros escritos que casualmente sirvam para provar algum acontecimento ligado ao ato jurídico (THEODORO JR, 2012, p. 475).

Considerando o conceito fundamentado por Theodoro Jr. (2012) infere-se que nos instrumentos particulares predominam as declarações de vontade e, nos simples documentos particulares as declarações de conhecimento acerca de fatos.

Segundo Fernandes (2017, p.1), os documentos particulares são “aqueles em que não existe interferência de agente público em sua elaboração, podendo ser escrito por terceiro e assinado pelo declarante, assinado e escrito pelas partes, escrito pela parte, mas não assinado e, a parte não tendo escrito e assinado”, e ainda de acordo com o Código de Processo Civil (2012), consta:

Art. 408. As declarações constantes do documento particular escrito e assinado ou somente assinado presumem-se verdadeiras em relação ao signatário.

Parágrafo único. Quando, todavia, contiver declaração de ciência de determinado fato, o documento particular prova a ciência, mas não o fato em si, incumbindo o ônus de prová-lo ao interessado em sua veracidade (BRASIL, 2015a, p.97).

No entanto, se essa declaração referir-se à ciência de um fato, o documento provará, apenas, a declaração de ciência, e não, a veracidade do fato. Assim como ocorre nos documentos públicos a presunção de veracidade é relativa (ANTUNES, 2005).

Quanto à autoria do documento particular o CPC (2012), dispõe: Art. 410. Considera-se autor do documento particular: I – aquele que o fez e o assinou; II – aquele por conta de quem ele foi feito, estando assinado; [...] (BRASIL, 2015a, p.97).

O documento particular terá presunção de autenticidade, que não pode ser confundida com veracidade, se for assinado perante um tabelião que reconheça a firma, como prevê o CPC (2012):

Art. 411. Considera-se autêntico o documento quando:

I – o tabelião reconhecer a firma do signatário;

II – a autoria estiver identificada por qualquer outro meio legal de certificação, inclusive eletrônico, nos termos da lei;

III – não houver impugnação da parte contra quem foi produzido o documento

Art. 412. O documento particular de cuja autenticidade não se duvida prova que o seu autor fez a declaração que lhe é atribuída.

Parágrafo único. O documento particular admitido expressa ou tacitamente é indivisível, sendo vedado à parte que pretende utilizar-se dele aceitar os fatos que lhe são favoráveis e recusar os que são contrários ao seu interesse, salvo se provar que estes não ocorreram. (BRASIL, 2015a, p.97).

Segundo Melo (2016) e Fernandes (2017), ressaltam que o CPC de 2015 amplia os casos em que considera autêntico um documento, em comparação com o CPC de 1973 que apenas se falava no tabelião no art. 369. Em complementação a respeito da autenticidade, o art. 425 CPC/15 trata da autenticidade de documentos que fazem a mesma prova que os originais, ou seja, cópias juntadas ao processo que se equivalem ao documento original.

3.2.5.3 As fontes de prova e os meios de prova

Existe uma diferença doutrinária entre fontes de prova e meios de prova. Fontes de prova são pessoas e coisas de onde provém a prova, enquanto meios de prova são os instrumentos que permitem levar ao juiz os elementos que o ajudarão a formar seu entendimento acerca do caso (CÂMARA, 2010).

As fontes de provas podem ser pessoais ou reais. Nas fontes pessoais, as informações são fornecidas diretamente pelas pessoas, como a prova testemunhal, por exemplo. Nas fontes reais, as informações são provenientes das provas, estas serão interpretadas por pessoas que vierem a examiná-las, como a prova pericial, por exemplo.

Os meios legais de prova são definidos em lei, são os meios de prova típicos. O Código de Processo Civil de 2015 enumera como meios de prova o depoimento pessoal (Art. 385 a 388), a exibição de documentos ou coisa (Art. 396 a 404), a prova documental (Art. 405 a 441), a confissão (Art. 389 a 395), a prova testemunhal (Art. 442 a 463), a inspeção judicial (Art. 481 a 484) e a prova pericial (Art. 464 a 480).

Segundo Câmara (2010), meios de prova moralmente legítimos, são aqueles que não estão previstos na lei, podem ser utilizados no processo por não violarem a moral e os bons costumes o ordenamento jurídico brasileiro prevê a utilização dos meios

juridicamente idôneos, ou seja, dos meios legais de prova e dos meios moralmente legítimos.

Quanto à utilização do **Livro de Ordem e Ocorrência** como meio probatório, é reconhecido pela jurisprudência como indispensável para o prosseguimento da ação. *In verbis*:

Ementa: HABEAS CORPUS - CONSTRANGIMENTO ILEGAL - INDEFERIMENTO DE JUNTADA DE LIVRO DE OCORRÊNCIAS - DISPENSABILIDADE DA PROVA - CERCEAMENTO DE DEFESA - NÃO VERIFICADO - ORDEM DENEGADA. Não observadas provas contundentes de que o **LIVRO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS** se faz indispensável para o prosseguimento do feito, tendo a autoridade coatora informado que a prova requerida era procrastinatória e que o procedimento administrativo foi apensado aos autos principais, não se verifica o constrangimento ilegal suscitado. É cediço que a via estreita do habeas corpus deve vir instruída com todas as provas pré-constituídas, e, considerando que os elementos probatórios trazidos pelo impetrante, somados às informações carreadas pela magistrada impetrada, não são suficientes para conduzir à existência do alegado constrangimento ilegal, a denegação da ordem é medida que se impõe. (TJ-ES - Habeas Corpus HC 00286971320158080000 (TJ-ES. Data de publicação 18/03/2016) (BRASIL, 2016, p. 1)

Como bem disciplina a Constituição Federal da República, em seu artigo 5º, inciso LVI, veda apenas a utilização de provas obtidas por meios ilícitos, e caso seja produzida, esta será considerada inexistente (BRASIL, 2017).

No direito processual penal alemão, há a possibilidade de utilização de forma válida de provas obtidas por meios ilícitos a favor do réu desde que este responda pelo ato ilícito que cometeu para produzir a prova, e que o bem sacrificado com a produção da prova seja menos relevante que o interesse que se deseja tutelar com a mesma assim obtida. Todavia, este entendimento não pode ser aplicado no Brasil, posto que a Constituição Federal veda expressamente de forma peremptória e indiscriminada a utilização de provas produzidas ilicitamente (CÂMARA, 2010).

Em relação àquela prova produzida em um determinado processo, e que se deseja ser aproveitada em outro (prova emprestada), esta só poderá ser utilizada se a parte contra quem se pretende produzir a prova tenha integrado o contraditório no momento da produção da mesma. A prova emprestada deverá ser valorada como se

fosse uma prova documental, não se tratando de prova atípica (CÂMARA, 2010).

3.2.5.4 Busca e apreensão de documentos

Disciplinado pelos Códigos de Processo Civil (art. 839 a 843) e Penal (Art. 240), trata-se de mandamento judicial destinado a promover a busca (procura) e apreensão de coisas e pessoas, cuja finalidade é garantir a eficácia de um processo principal. Tendo em vista a grande dificuldade em obter cópia de prontuário do paciente e demais registros em assentos dos hospitais públicas e privados, os advogados optam por utilizar essa medida de imediato para evitar a perda de provas.

De acordo com Reis e Gonçalves (2013, p, 383), “a busca e apreensão é a providência de natureza cautelar destinada a encontrar e conservar pessoas ou bens que interessem ao processo criminal”. Ainda segundo eles, a busca é o nome dado as ações dos agentes estatais para a procura e descoberta do que interessa ao processo, e a apreensão é o ato em retirar pessoa ou coisa do local em que esteja para fins de sua conservação.

Tal distinção pode-se concluir que a busca nem sempre enseja a apreensão de algo, visto que a procura pode não produzir o resultado desejado. Há ainda as hipóteses em que não há necessidade de conservação em poder da autoridade do objeto da busca.

Para Tourinho Filho (2011), pode ocorrer, ainda, apreensão sem busca, como por exemplo, o acusado entrega, voluntariamente, instrumento do crime à autoridade. A busca e apreensão têm natureza variada, podendo constituir: a) meio de prova; b) meio de obtenção de prova e; c) meio de assegurar direitos.

No âmbito hospitalar, vale ressaltar a dificuldade em se obter cópias de documentos médico-administrativos, principalmente para fins jurídicos, pois, não obstante, por questões de morosidade burocrática, armazenagem inadequada, perda de documentos, déficit de recursos humanos e materiais, mas também pelas questões alegadas de sigilo médico, muitas vezes dificultando sobremaneira o devido acesso.

Quanto à questão do sigilo médico vale ressaltar que o ele pertence ao paciente

e o médico é o seu fiel depositário e guardador. O profissional médico somente pode revelar em situações muito específicas como: dever legal, justa causa ou autorização expressa do paciente. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2000).

Ainda de acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (2000), as considerações a respeito da quebra de sigilo médico e o dever legal e a justa cauda podem ser constatadas as seguir:

A justa causa exprime, em sentido amplo, toda a razão que possa ser utilizada como justificativa para a prática de um ato excepcional, fundamentado em razões legítimas e de interesse ou procedência coletiva. Assim, entende-se como uma razão superior relevante do que seria, a princípio, uma falta. Como exemplo de justa causa para a revelação do segredo médico, temos o peculiar caso de um candidato ao preenchimento de uma vaga profissional como motorista de transporte coletivo, sendo portador de epilepsia. Nesse caso, o Médico do Trabalho da empresa contratante, respaldando-se na justa causa como preservadora dos direitos individuais das pessoas que se utilizam dos serviços de transporte coletivo desta, ao comprovar a doença, deverá comunicá-la aos seus administradores para que estes tomem a decisão de não contratar o referido candidato.

O dever legal se configura quando compulsoriamente o segredo médico tem de ser revelado por força de disposição legal expressa que assim determina. Cita-se como exemplo: atestado de óbito, notificação compulsória de doença assim considerada e outras situações adiante anotadas. Nestas ocasiões, somente revelará o diagnóstico e não tecerá outros comentários (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2000 p.1).

Nos casos de pacientes vítimas de ato violento em que haja necessidade de prestação de informações às autoridades públicas em detrimento do sigilo médico, o Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, editou a Resolução nº 326/2012 que orienta com clareza o que não pode ser caracterizado como quebra de sigilo:

Art. 1º - Em razão do interesse do Poder Público pelo restabelecimento da ordem jurídica, que dá origem às ações penais públicas incondicionadas, poderão ser fornecidas pelas unidades de saúde e pelos médicos às autoridades públicas (Delegado de Polícia, Juiz e Promotor do Ministério Público), sem que isso configure quebra de sigilo médico, informações sobre pacientes vítimas de ato violento.

Art. 2º - Tais informações devem restringir-se à qualificação do paciente e ao que possa contribuir tão somente para apuração dos fatos, como tipo de lesão sofrida, período de internação, incluindo o

local onde foi encontrado, no caso de atendimento pré-hospitalar; não sendo de modo algum permitidas outras informações que comprometam a intimidade da vítima, a relação de confiança médico/paciente, o dever de sigilo ético-profissional que norteia a Medicina.

[...]

Art.4º - Constitui motivo justo para a quebra do sigilo médico solicitação formulada pela autoridade Policial, Judicial ou Ministério Público quando o paciente, atendido na unidade hospitalar, figurar como vítima de crime de ação penal pública, cujo processo independe de representação.

Art.5ª – Não constitui violação ética o fornecimento de informações pelos médicos e unidades de saúde às autoridades policiais, judiciais e ao Ministério Público, exceto aquelas que exorbitem as delimitações contidas no artigo 2º. Nesta hipótese, será imprescindível autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, em documento que, obrigatoriamente, deverá constar do prontuário médico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA, 2002. p.2).

3.2.5.5. Livros de registros da enfermagem

A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações oportunas e precisas para executar uma gama de intervenções envolvidas no cuidado. Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos indispensáveis ao processo do cuidar e, uma vez redigidos de forma que fielmente retratem a realidade a ser documentada, tais registros possibilitam não somente a comunicação entre a equipe de saúde, mas também pesquisas, estatísticas, auditorias, ensino, planejamento, processos jurídicos entre outros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

O atual modelo da prestação dos serviços de saúde reflete a necessidade e busca da comunicação com os pacientes, e isso gera uma grande quantidade de informações que, por sua vez, exige novas estratégias de captação, armazenagem e utilização do conhecimento gerado. Na enfermagem, parte dessas informações é oriunda dos próprios registros de enfermagem contida nos prontuários do paciente e em outros relatórios pertinentes, como o livro de ocorrência. Em resposta a essa realidade é cada vez mais comum na área de saúde, a utilização de registros que viabilizem a administração de todos os dados produzidos.

Segundo Johanson et al. (2002), aperfeiçoar as informações para melhorar o cuidado prestado ao paciente pela enfermagem significa registrar bem e de forma

significativa todos os fatos de maneira a serem a quaisquer momentos utilizados, a fim de fundamentar cada ação no processo de cuidar. Registrar deve ir além de documentar; consiste em estabelecer a comunicação entre a equipe de enfermagem e os outros membros da equipe multidisciplinar, estabelecer um respaldo legal para o paciente, para o profissional e para a instituição, possibilitar a coleta de dados necessários à pesquisa, ensino e assistência, além de ser um importante indicador da qualidade da assistência prestada.

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem têm como objetivo fornecer informações sobre a assistência prestada ao paciente, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações, condição essa indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Assim, os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, de modo que possuam tanto autenticidade como significado legal (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009).

Como anteriormente abordado no artigo 408 do Código do Processo Civil, todo documento particular, como no caso da documentação de enfermagem, para ser considerado autêntico e válido deverá possuir assinatura do autor do registro e ainda não pode haver rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental, como consta no artigo 426 do CPC (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009).

Vale lembrar ainda que de acordo com artigo 408 do CPC que as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou, fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos. E ainda, conforme o mesmo artigo acima no seu parágrafo único, quando um documento contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular apenas provará a declaração, mas não o fato declarado, por isso a importância de cada profissional de enfermagem de registrar seus atos e não os de outros.

Ademais, os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das

informações relacionadas ao cuidado do paciente registradas no prontuário. Assim torna-se uma fonte importante para o ensino, pesquisa, auditoria, avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

CAPÍTULO IV– RESULTADOS

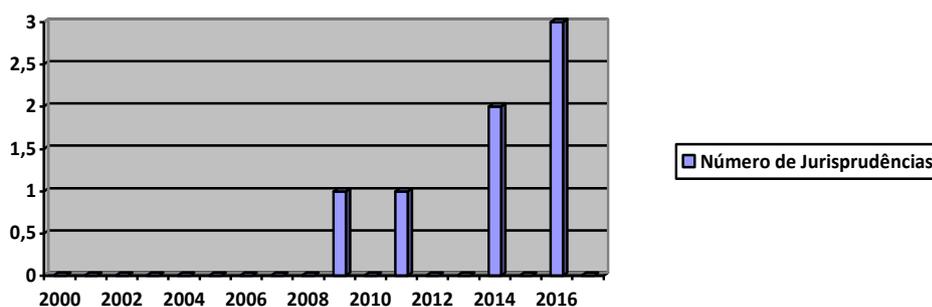
4.1 Pesquisa nos sítios dos Tribunais

Os endereços eletrônicos que foram realizados as buscas das jurisprudências dos sítios dos Tribunais de Justiça dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Pará, Distrito Federal e Superior Tribunal de Justiça são mostrados no anexo 1.

A partir dos endereços dos sítios dos tribunais acima pesquisados para buscas de jurisprudência, foram utilizados os termos “livro(s) de ocorrência(s) médica(s)”, “livro(s) de ocorrência(s) do plantão” e “livro(s) de ocorrência(s) hospitalar(es)”, delimitando e refinando a base de dados para facilitar a disponibilidade de acesso. Ainda foram pesquisados os resultados mais recentes compreendidos entre os anos entre 2000 a 2017. Foram selecionados os resultados mais recentes nos casos de jurisprudências repetidas, e descartados as jurisprudências referentes a áreas não relacionadas a ocorrências médicas/hospitalares. No gráfico a seguir, pode-se observar a quantidade de jurisprudências encontrada por ano:

4.2 Apresentação dos resultados

Tabela 1: Número de jurisprudências por ano relacionados a(s) livro(s) de ocorrência(s) médica(s)



O gráfico permite visualizar, considerando os últimos dezessete anos, a evidente escassez dos resultados de jurisprudência envolvendo os termos pesquisados. Mas também, foi possível observar uma discreta tendência de aumento no quantitativo das jurisprudências utilizando o livro de ocorrência a partir do ano de 2009, sugerindo uma maior atenção do uso do livro de ocorrência médica como meio de prova no âmbito jurídico.

Numa avaliação qualitativa dos resultados mais representativos encontrados demonstrou que o livro de ocorrência foi utilizado para defesa como fonte de prova da eventual ocorrência de erro médico, conforme decisão a seguir:

AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU SEGUIMENTO AO RECURSO, ASSIM RESTOU EMENTADA: "Apelação Cível. Medida Cautelar de Exibição de Documentos. Relação Jurídica de Consumo. Competência da Câmara Especializada. Sentença de procedência. A parte tem direito à exibição do documento comum. Art. 844, II, do CPC. Acesso pleno à informação. Art. 6º, III, do CDC. Pretensão do Demandante originário de exibição do prontuário de atendimento médico de seu filho falecido, para fins de averiguação de eventual responsabilidade quanto ao óbito e ajuizamento de ação indenizatória. Inteiro teor do registro médico acostado pelo Apelado. Escritos anexados que se encontram legíveis e aptos a esclarecer os procedimentos adotados no tratamento. Ocasional caracterização de erro médico deverá ser discutida no âmbito da demanda reparatória referida na inicial. Honorários advocatícios. Princípio da Causalidade. Não comprovada a negativa do nosocômio em fornecer os documentos, cabe ao Autor arcar com a verba honorária. Não merece reforma a sentença recorrida. Negativa de seguimento ao recurso, na forma do art. 557, caput, do CPC." INEXISTÊNCIA DE NOVO ARGUMENTO CAPAZ DE ALTERAR O JULGADO RELATORIAL. DESPROVIMENTO DO AGRAVO INTERNO. (TJ-RJ - APL: 00039139220138190207 RIO DE JANEIRO ILHA DO GOVERNADOR REGIONAL 1 VARA CIVEL, Relator: SÉRGIO NOGUEIRA DE AZEREDO, Data de Julgamento: 21/10/2015, VIGÉSIMA QUARTA CÂMARA CÍVEL CONSUMIDOR, Data de Publicação: 23/10/2015) (BRASIL, 2015b, p.1).

Em outra decisão livro de ocorrência foi utilizado para demonstrar improbidade administrativa, no caso, o réu não constava nas escalas de plantões médicos e nem nos livros de ocorrências médicas, embora tivesse recebido pagamento pelos mesmos, como se constata a seguir:

DECISÃO: Acordam os Desembargadores da 4ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao recurso. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA POR ATOS DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA. PAGAMENTO DE PLANTÕES MÉDICOS NÃO TRABALHADOS A MÉDICO DO MUNICÍPIO DE TERRA RICA POR ORDEM DO PREFEITO MUNICIPAL E MEDIANTE INSERÇÃO INDEVIDA NOS HOLERITES PELOS CHEFES DO SETOR DE RECURSOS HUMANOS. INCONTROVERSO NOS AUTOS O PAGAMENTO DE PLANTÕES MÉDICOS NÃO TRABALHADOS. SITUAÇÃO COMPROVADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO E CONFESSADA POR TODOS RÉUS. TESE DEFENSIVA: APESAR DE PAGOS

SOB A RUBRICA "PLANTÕES MÉDICOS" OS VALORES SE DESTINAVAM A REMUNERAR A FUNÇÃO DE DIREÇÃO CLÍNICA EXERCIDA PELO MÉDICO. ALEGAÇÃO NÃO ACOLHIDA. TESE CONTRÁRIA À PROVA DOS AUTOS.A FUNÇÃO DE DIREÇÃO CLÍNICA NÃO TINHA REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA PREVISTA EM LEI, O QUE IMPOSSIBILITARIA O PAGAMENTO DE QUALQUER VALOR A TAL TÍTULO. PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE ESTRITA, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE E TRANSPARÊNCIA.CONFIGURADA A PRÁTICA DO ATO DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA PREVISTO NO ART. 9º, CAPUT E INCISO XI, DA LEI Nº 8.429/1992, PELO PROFISSIONAL, DO ATO CONFIGURADO E PREVISTO NO ART. 10, CAPUT E INCISOS I, IX E XI, PELO PREFEITO MUNICIPAL, E NO ART. 10, CAPUT E INCISO I, PELOS RESPONSÁVEIS DO SETOR DE RECURSOS HUMANOS.RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA PARA JULGAR PROCEDENTES OS PEDIDOS E CONDENAR OS RÉUS PELA PRÁTICA DOS ATOS DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA, APLICANDO AS SANÇÕES CABÍVEIS E DECRETANDO A MEDIDA CAUTELAR DE INDISPONIBILIDADE DE BENS DOS RÉUS. (TJPR - 4ª C.Cível - AC - 1257304-1 - Terra Rica - Rel.: Maria Aparecida Blanco de Lima - Unânime - - J. 11.11.2014) (TJ-PR - APL: 12573041 PR 1257304-1 (Acórdão), Relator: Maria Aparecida Blanco de Lima, Data de Julgamento: 11/11/2014, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 1462 25/11/2014) (BRASIL, 2014, p.1).

Em outra jurisprudência encontrada demonstra que o livro de ocorrência foi decisivo para demonstrar direitos trabalhistas ao profissional médico, no caso, a percepção da gratificação de sobreaviso devido a acionamento pelo plantão da emergência, como se observa:

INOVAÇÃO À LIDE ç ATITUDE REPROVÁVEL. A inovação à lide constitui atitude reprovável pelo ordenamento jurídico pátrio, na medida em que representa afronta às regras de garantia do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa. (TRT-20 01972001720095200002, Relator: MARIA DAS GRAÇAS MONTEIRO MELO, Data de Publicação: 27/07/2011) (BRASIL, 2011, p.1).

Apesar dos poucos resultados quantitativos de jurisprudências sobre o tema, embora haja uma tendência ao crescimento, qualitativamente elas apontam para a crescente importância do livro de ocorrências médicas, notadamente por poder constituir-se como importante meio de prova nos casos acima citados.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

De acordo com França (2012) e Alcântara (2014) os documentos médico legais podem ser reunidos conforme os seguintes grupos: as notificações, os atestados, os prontuários, os relatórios e os pareceres. Como pode ser observado, considerando esses grupos citados, não há um enquadramento específico para o livro de ocorrências médicas/hospitalares.

No âmbito hospitalar, de acordo com Perrone (1967), os documentos administrativos hospitalares, podem ser divididos nas seguintes modalidades: a) Documentação escrita; b) Documentação gráfica; c) Documentação radiográfica; d) Documentação fotográfica; e) Documentação cinematográfica; f) Documentação fonográfica; g) Documentação fono-cinematográfica e; h) Documentos diversos. Todos esses documentos, segundo o autor, estariam intrinsecamente relacionados ao rol de documentos relacionados ao prontuário do pacientes. Por não pertencer ao rol de documentos que podem compor o prontuário do paciente, o livro de ocorrências médicas/hospitalares, foge a essa classificação.

Ainda no âmbito hospitalar, especificamente nas unidades de emergência hospitalar e serviços de pronto atendimentos, Galvão (2013) entende que somente o boletim de emergência é o único documento de registro existente do paciente até o final do atendimento médico. Desta forma boletim de emergência seria o único documento de defesa profissional em caso de acusação de negligência, erro médico ou omissão de socorro.

Ao contrário do que defende o autor acima a respeito do boletim de emergência, os Conselhos Regionais de Medicina do Estado de Pernambuco, (2010), da Paraíba, (2015) e o próprio Conselho Federal de Medicina, (2013), entendem que o livro de ocorrência médica deve ser exigido nos serviços (públicos e privados) que realizem assistência em regime de internação, parcial ou integral, inclusive hospitalar, sobretudo os que funcionam em regime de plantão médico.

Tais serviços acima citados, especificamente os que executem procedimentos com potencial de gerar intercorrências médicas (hospital-dia, UTI, unidades de emergências, assistência pré-hospitalar, etc) têm a obrigação de oferecer condições mínimas para o exercício da medicina e para isso deverão ter um livro de ocorrências

médicas para registro dos fatos técnicos, administrativos e éticos que venham a ocorrer no transcurso do plantão.

Diferente do que Perrone (1967), considerou que o a natureza do documento administrativo hospitalar está necessariamente relacionado ao prontuário do paciente, para os citados Conselhos Regionais e Federal de Medicina, entendem que o livro de ocorrências médicas não substitui o registro nos prontuários e prescrições dos pacientes durante a evolução dos pacientes internados. Portanto o referido livro não faz parte do rol de documentos relacionados ao prontuário do paciente, embora o tempo de guarda do livro de ocorrência médica deverá ser o mesmo que o do prontuário do paciente

Ademais, o livro de ocorrências médicas, quer de natureza pública ou privada, goza de valor probante de cordo com os artigos 405 e 408 do Código de Processo Civil (2012), respectivamente, assim podendo servir de prova documental, de acordo com Antunes (2005) e Fernandes (2017).

Apesar da limitada mas significativa documentação a respeito do livro de ocorrências médicas, os resultados numéricos da pesquisa de jurisprudências dos últimos dezessete anos foram escassos, embora possa-se conjecturar uma tendência, a partir dos dados apresentados do gráfico 1, a ascensão quantitativa do número de jurisprudências entre os anos de 2009 a 2017.

Em detrimento da limitada análise quantitativa dos dados pesquisados, a avaliação qualitativa demonstrou a partir das jurisprudências mais representativas que o livro de ocorrência foi utilizado plenamente para defesa como fonte de prova da responsabilidade médica, demonstração de improbidade administrativa e ainda para demonstrar direitos trabalhistas.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

Pelo exposto neste trabalho, percebeu-se que, embora haja uma significativa literatura a respeito da conceituação de documentos médico-legais brilhantemente abordados por França (2012) e Alcântara (2014), dos documentos administrativos hospitalares, suas modalidades e o efetivo pertencimento ao prontuário do paciente, de acordo com Perrone (1967), e com ênfase no documento de registro utilizado pelas unidades de emergência e pronto atendimento segundo Galvão (2013), não fica claro o devido enquadramento específico do livro de ocorrência médicas/hospitalares.

Embora o referido livro encontre-se a margem das classificações vigentes quanto aos documentos médico-legais e documentos administrativos hospitalares, os Conselhos Regionais (CREMEPE e CRM-PB) e Federal de Medicina, diferenciam claramente o livro de ocorrências médicas do prontuário do paciente, enfatizando que os registros lavrados naquele não substitui o devido registro nos prontuários.

Outro fator abordado pelos citados conselhos é que estabelecimentos que façam assistência em regime de internação e executem procedimentos que possam gerar intercorrências médicas devem oferecer condições mínimas para o exercício pleno da medicina, o que inclui obrigatoriamente o correto preenchimento do livro de ocorrências médicas.

A pesquisa nos sites dos tribunais de justiça encontrou um pequeno número de jurisprudências relacionadas ao livro de ocorrências médicas no espaço amostral dos últimos dezessete anos, porém apresentou uma discreta tendência ao significativo crescimento quantitativo a partir de 2009, o que denota uma maior atenção do uso desse tipo de livro de ocorrência como meio de prova no âmbito jurídico. Já na avaliação qualitativa dessas jurisprudências demonstrou-se o seu pleno uso para defesa como fonte de prova da responsabilidade médica, demonstração de improbidade administrativa e até comprovação de direitos trabalhistas.

Considerando os resultados evidenciados, o presente trabalho alcançou o seu objetivo principal, ou seja, comprovou que há validade legal do livro de ordem de ocorrência da emergência em caso de defesa profissional médica junto ao Poder Judiciário e que o referido livro, embora no limbo da classificação ora vigente, pode ser

considerado dentre o rol de documentos administrativo-hospitalares e médico-legais como valor probatório.

Em uma perspectiva futura, como contribuição a estudos posteriores sugere-se: um estudo qualitativo dos itens e conteúdos obrigatórios do livro de ocorrências médicas, bem como sua efetiva adoção nos setores de emergência hospitalar, serviços de pronto-socorro e unidades de pronto atendimento das unidades básicas de saúde. Tais contribuições reforçariam os resultados obtidos neste trabalho e contribuiria para a uma maior conscientização da importância do correto registro nos livros de ocorrência médica, visando uma eficiente defesa profissional médica nos processos administrativos internos ou junto ao Poder Judiciário.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. **Perícia Médica Judicial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 484 p.

ANTUNES, Márcia Teixeira. **Prova Documental**. Revista Páginas de Direito, Porto Alegre, ano 5, nº 275, 25 de junho de 2005. Elaborado por Páginas de Direito. Disponível em: < <http://www.tex.pro.br/home/artigos/101-artigos-jun-2005/5244-prova-documental> >. Acesso em: 01 jan. 2017.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 20ª Região Trt-20. Ementa nº 01972001720095200002, Poder Judiciário Trt 20ª Região Justiça do Trabalho Tribunal Regional do Trabalho da 20 Região. RECORRENTES: SÃO LUCAS MÉDICO HOSPITALAR LTDA. E ANA SELMA RODRIGUES BISPO SILVA. RECORRIDAS: AS MESMAS. Relator: DESEMBARGADORA MARIA DAS GRAÇAS MONTEIRO MELO. Aracajú, SE, 27 de julho de 2011. **Ementa: Inovação À Lide – Atitude Reprovável. A Inovação à Lide Constitui Atitude Reprovável Pelo Ordenamento Jurídico Pátrio, na Medida em Que Representa Afronta às Regras de Garantia do Devido Processo Legal, do Contraditório e da Ampla Defesa.** Aracajú, 27 jul. 2011. Disponível em: <<https://trt-20.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/426646324/1972001720095200002/inteiro-teor-426646332?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. **Institui o Código de Processo Civil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm >. Acesso em: 01 ago. 2017.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro Tj-rj. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro Tj-rj - Apelação : Apl 00039139220138190207 Rio de Janeiro Ilha do Governador Regional 1 Vara Cível nº 0003913-92.2013.8.19.0207, Agravo Interno na Apelação Cível Nº 0003913-92.2013.8.19.0207. **APELANTE: ESPÓLIO DE SEBASTIÃO SOUSA. APELADO: CLÍNICA PRODOCTOR SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE.** Relator: Des. SÉRGIO NOGUEIRA DE AZEREDO. Rio de Janeiro, RJ, 21 de outubro de 2015. **Apl 00039139220138190207 Rio de Janeiro Ilha do Governador Regional 1 Vara Cível - Inteiro Teor Recomendar.** Rio de Janeiro, . Disponível em: <<https://tj-rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/364207075/apelacao-apl-39139220138190207-rio-de-janeiro-ilha-do-governador-regional-1-vara-civel?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Habeas Corpus - Constrangimento Ilegal - Indeferimento de Juntada de Livro de Ocorrências - Dispensabilidade da Prova - Cerceamento de Defesa - Não Verificado - Ordem Denegada nº 0028697-13.2015.8.08.0000, Habeas Corpus Nº 0028697-13.2015.8.08.0000 - Tribunal de Justiça do Espírito Santo. Paulo Asafe dos Santos. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CRIMINAL DE SERRA. Relator: Desembargador Ney Batista Coutinho. Serra, ES, 09 de março de 2016. Habeas Corpus. Espírito Santo, 18 mar. 2016. Disponível em: <<https://tj-es.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/328327088/habeas-corpus-hc-286971320158080000/inteiro-teor-328327089?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Paraná Tj-pr. Apelação : APL 12573041 PR 1257304-1 (Acórdão) nº APELAÇÃO CÍVEL Nº 1257304-1, comarca de terra rica - juízo único. apelante: ministério público do estado do paraná. apelado: custódio fernandes, devalmir molina gonçalves e outros. desembargadora maria aparecida blanco de lima. curitiba, pr, 11 de novembro de 2014. apelação cível e reexame necessário. ação civil pública por atos de improbidade administrativa. pagamento de plantões médicos não trabalhados a médico do município de terra rica por ordem do prefeito municipal e mediante inserção indevida nos holerites pelos chefes do setor de recursos humanos. Incontroverso nos autos o pagamento de plantões médicos não trabalhados. Situação comprovada pelo ministério público e confessada por todos réus. Tese defensiva: apesar de pagos sob a rubrica "plantões médicos" os valores se destinavam a remunerar a função de direção clínica exercida pelo médico. Alegação não acolhida. Tese contrária à prova dos autos. A função de direção clínica não tinha remuneração específica prevista em lei, o que impossibilitaria o pagamento de qualquer valor a tal título. Princípios da legalidade estrita, impessoalidade, moralidade e transparência. Configurada a prática do ato de improbidade administrativa previsto no art. 9º, caput e inciso xi, da lei nº 8.429/1992, pelo profissional, do ato configurado e previsto no art. 10, caput e incisos i, ix e xi, pelo prefeito municipal, e no art. 10, caput e inciso i, pelos responsáveis do setor de recursos humanos. Recurso conhecido e provido. Sentença reformada para julgar procedentes os pedidos e condenar os réus pela prática dos atos de improbidade administrativa, aplicando as sanções cabíveis e decretando a medida cautelar de indisponibilidade de bens dos réus. (TJPR - 4ª C.Cível - AC - 1257304-1 - Terra Rica - Rel.: Maria Aparecida Blanco de Lima - Unânime - - J. 11.11.2014) Disponível em: < <https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/153337690/apelacao-apl-12573041-pr-1257304-1-acordao?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. SENADO FEDERAL. . **Código de Processo Penal**: Decreto-lei no 3.689/1941. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 187 p. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529749/codigo_de_processo_pena_l_1ed.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JUNIOR, Wilson A.. **Textos hipocráticos**: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 252 p. (História e Saúde collection). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

CÂMARA, Alexandre Freitas. **Lições de Direito Processual Civil**. 20. Ed. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2010.

CAMILA MARÉGA (São Paulo). Portal Tudor Brasil. (Org.). **A medicina no período Tudor – PARTE I**: Introdução. 2013. Baseado em "A Medicina na Inglaterra na Época dos Tudor" – Actas Ciba, 5, 1948. Disponível em: <<https://tudorbrasil.com/2013/12/14/a-medicina-no-periodo-tudor-parte-i-organizacao/>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

CARNELUTTI, Francesco. **La prueba Civil**. Buenos Aires. Depalma, 1982. 269 p. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.tamaulipas.gob.mx/archivos/descargas/fc8de4ebf8484a7e14f6f44c08faa0b5e8e03ed6.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 358, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório?:** A documentação do paciente (prontuário) e os demais documentos inerentes [...]. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html>. Acesso em: 30 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 429, de 30 de maio de 2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.** Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendações:** Para Registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. 52 p. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 2.056, de 12 de novembro de 2013. **Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2013/2056_2013.pdf>. Acesso em: 05 Abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 2.077, de 24 de julho de 2014. **Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.** Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>>. Acesso em: 30 Dez. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (São Paulo). **Anotações de Enfermagem.** São Paulo, 2009. 24 p. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer nº 17, de 14 de março de 2014. . Ementa: **Validade Legal dos livros de intercorrências e passagem de plantão.** Disponível em: < http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_017.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer nº 27, de 06 de julho de 2010. **Evasão de pacientes.** Conceito. Responsabilidade. Formas de preservação. Disponível em: < http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_27.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA (Brasil). Resolução nº 326/2012: **Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pelos médicos e unidades de saúde na prestação de informações às autoridades públicas sobre pacientes vítimas de ato violento.** 2002. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BA/2012/326>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA. Resolução nº 171, de 09 de junho de 2015. **CRM PB normatiza a elaboração, preenchimento e guarda do livro de ocorrências médicas.** Disponível em: < http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/crmpb/resolucoes/2015/171_2015.pdf>. Acesso em: 05 Abr. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução nº 02, de 06 de abril de 2010. **CREMEPE trata do livro de ocorrências médicas.** Disponível em: < http://www.radiocrepepe.com.br/portal/leitorResolucoes.php?cd_resolucao=72>. Acesso em: 05 Abr. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA (Brasil). **MANUAL DE ORIENTAÇÃO ÉTICA E DISCIPLINAR: O segredo médico.** 2000. Volume 1 - 2a. edição revista e atualizada Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos Florianópolis - Março, 2000. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/regional/crm-sc/manual/parte3c.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CRUZ, Jorge Alberto. **Informações em Saúde: um estudo da legislação brasileira.** Ponto de Acesso: Revista do instituto de Ciência da Informação da UFBA, Salvador, v. 9, n. 1, p.111-121, abr. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/viewFile/11353/9632>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

FERNANDES, Débora. **A Prova Documental no Novo Código de Processo Civil Brasileiro: A força probante e produção da prova documental no Processo Civil.** 2017. Elaborado por jusbrasil. Disponível em: <<https://deborasilvafernandes.jusbrasil.com.br/artigos/486350719/a-prova-documental-no-novo-codigo-de-processo-civil-brasileiro>>. Acesso em: 01 jan. 2018.

FIGUEIREDO, Antonio Macena; Souza, Soraia Riva Goudinho. **Como elaborar Projetos, monografias, dissertações e Teses: Da redação científica à apresentação do texto final**. 4ªed. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2011.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 12. ed. rev. atual. e ampl.- Rio de Janeiro: Forense, 2014.

GALVÃO, Luis Carlos C. **O médico plantonista da emergência**: manual de condutas: ética, legal, moral e social. 1. ed.- Salvador, BA: Pinaúma, 2013.

JOHANSON, L.; DANTAS, C. C.; LEITE, J. L.; ANDRADE, M.; STIPP, C. **Registro de Enfermagem**: sua importância no controle e prevenção da infecção relacionada a cateter venoso em clientes com HIV/AIDS. In: 8º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM-SIBRACEN. Ribeirão Preto: EERP, 2002.

MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. **Prontuário Eletrônico do Paciente**: definições e conceitos. In: O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO MÉDICO. São Paulo: USP, 2003. Cap.01

MARTINS, Marilena. **Prontuários e Arquivos**: reflexões sobre o papel e a trajetória de arquivos de instituições de saúde. 2016. Elaborado por MMP consultoria. Disponível em: <<http://www.mmpconsultoria.com.br/sitenovo/wp-content/uploads/2016/02/1-PRONTUARIOS-E-ARQUIVOS-REFLEXOES-SOBRE-O-PAPEL-E-A-TRAJETORIA-DE-ARQUIVOS-DE-INSTITUICOES-DE-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2017.

MELO, Nehemias Domingos de. **Novo CPC – anotado, comentado e comparado**. 2. ed São Paulo, Editora Rumo Legal, 2016. p. 1076.

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente**: organização e técnica. 4. ed. São Paulo: CEDAS, 1991.

NADER, Paulo. **Introdução ao Estudo do Direito**. 36ª Ed. Rio de Janeiro. Forense, 2014.

PERRONE, O. R. **Documentação médica no hospital**. 2005, p, 25. 1. ed. Rio de Janeiro: Gráfica Tupy, 1967.

REIS, Alexandre Cebrian Araújo; GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito Processual Penal**: Esquematizado. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. 880 p. Coordenador Pedro Lenza.

RODRIGUES FILHO, José; XAVIER, Jefferson Colombo B.; ADRIANO, Ana Lúcia. **A Tecnologia da Informação na Área Hospitalar**: um Caso de Implementação de um Sistema de Registro de Pacientes de Implementação de um Sistema de Registro de Pacientes. Revista de Administração Contemporânea, Curitiba, n. 1, p.105-120, abr.

2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000100007>. Acesso em: 30 dez. 2017.

SILVA, Évena Emiliana; CAMPOS, Luciana de Freitas. **Passagem de Plantão na Enfermagem**: revisão da literatura. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 12, n. 4, p.502-507, 20 dez. 2007. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i4.10077>. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10077/6929>>. Acesso em: 31 dez. 2017.

SILVA, Ana Elisa B. C et al. **Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de eventos adversos e incidentes na unidade de pronto socorro de um hospital da rede sentinela**. SBPC, 2012. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/QU__REN_.PDF>. Acesso em: 10 Mar. 2017.

SILVEIRA, Paulo Roberto. **Fundamentos da Medicina Legal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

SOUZA, José Cavalcante de (Comp.). **Os Pré-Socráticos**: fragmentos, doxografia e comentários. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996. 353 p. (Coleção os Pensadores). Dados biográficos: Remberto Francisco Kuhnen. Traduções: José Cavalcante de Souza, Arma Lia Amaral de Almeida Prado, Ísis Lana Borges, Maria Conceição Martins Cavalcante, Remberto Francisco Kuhnen, Rubens Rodrigues Torres Filho, Carlos Ribeiro de Moura, Ernildo Stein, Arnildo Devegili, Paulo Frederico Flor, Wilson Regis. Disponível em: <http://files.filosofia-com0.webnode.com/200000001-90f1191ea9/_Colecao_Os_Pensadores__Vol_01.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

THEODORO JR., Humberto. **Teoria Geral do Direito Processual Civil I**. 53. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012. 822 p.

TOURINHO FILHO, Fernando Costa. **Processo Penal**. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 408 p.

VENTURA, C. A. A. Direito. In: GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 95-110.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ANEXOS

Anexo 1 - Endereços eletrônicos das páginas de pesquisa de consulta de jurisprudência dos Tribunais de Justiça do RJ, SP, MG, ES, RS, PR, BA, PE, SE, PA, DF, STJ e STM.

| TRIBUNAL | ENDEREÇO ELETRÔNICO |
|----------|---|
| STM | https://www.stm.jus.br/servicos-stm/juridico/jurisprudencia-do-stm/jurisprudencia |
| STJ | http://www.stj.jus.br/SCON/ |
| TJ-RJ | http://www.tjrj.jus.br/scripts/weblink.mgw?MGWLPN=DIGITAL1A&LAB=XJRPxWEB&PGM=WEBJRP101&PORTAL=1 |
| TJ-SP | http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultaCompleta.do |
| TJ-MG | http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/formEspelhoAcordao.do http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/decisao.do |
| TJ-ES | http://aplicativos.tjes.jus.br/consultaunificada/faces/pages/pesquisaSimplificada.xhtml |
| TJ-RS | http://www1.tjrs.jus.br/busca/?tb=jurisnova&partialfields=tribunal%3ATribunal%2520de%2520Justi%25C3%25A7a%2520do%2520RS.%28TipoDecisao%3Aac%25C3%25B3rd%25C3%25A3o TipoDecisao%3Amonocr%25C3%25A1tica TipoDecisao:null%29&t=s&pesq=ementario |
| TJ-PR | https://www.tjpr.jus.br/jurisprudencia |
| TJ-BA | http://www5.tjba.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=93640 |
| TJ-PE | http://www.tjpe.jus.br/consultajurisprudenciaweb/xhtml/consulta/consulta.xhtml |
| TJ-SE | http://www.tjse.jus.br/portal/consultas/jurisprudencia/judicial |
| TJ-PA | http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Acordaos-e-Jurisprudencia/168242-Pesquisa-de-Jurisprudencia.xhtml |

Fonte: O AUTOR, 2017.