

JOOZI AMANDA PRISCILA OLSEN NOTÁRIO GUAITOLINI

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESISTA

Cacoal/RO
2006

JOOZI AMANDA PRISCILA OLSEN NOTÁRIO GUAITOLINI

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESISTA

Monografia apresentada à Universidade Federal de Rondônia Campus de Cacoal / UNIR, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, para a obtenção do Título de Bacharela em Direito, sob a orientação do Professor especialista Silvério dos Santos Oliveira.

PARECER DE ADMISSIBILIDADE

A acadêmica **Joozi Amanda Priscila Olsen Notário Guaitolini** desenvolveu o trabalho de conclusão de curso sobre o tema “**Responsabilidade Civil do Médico Anestesiista**”, obedecendo aos critérios do Projeto de Monografia apresentado ao Departamento do Curso de Direito da Universidade Federal de Rondônia - UNIR.

O acompanhamento foi efetivo, tendo o desenvolvimento do trabalho observado os prazos fixados pelo Departamento de Direito.

Destarte, a acadêmica está apta para a apresentação expositiva de sua monografia à busca da Banca Examinadora.

Professora Silvério dos Santos Oliveira
Orientador

JOOZI AMANDA PRISCILA OLSEN NOTÁRIO GUAITOLINI

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESISTA

_____	-	_____
Nome do 1º avaliador - Instituição		Nota

_____	-	_____
Nome do 2º avaliador - Instituição		Nota

_____	-	_____
Nome do 3º avaliador - Instituição		Nota

Média

“Os que confiam no Senhor serão como o monte Sião,
que não se abala, mas permanece para sempre”.

Salmo 125

Dedico esta, para aquele que é alicerce para minha vida e luz para o meu caminho: **DEUS**

Para minha mãe, **Diomar**, minha rocha e fortaleza, exemplo de vida e de vitória, que sempre esteve ao meu lado realizando meus sonhos. Mãe, sei de toda sua luta para que chegasse onde cheguei, mas enfim cheguei! Sou muito grata por tudo que fez, está fazendo e ainda vai fazer, muito obrigada ...

A meu esposo, **Alex**, que incentiva tudo aquilo que almejo e que sempre esteve ao meu lado e me apoiou em todos os momentos da minha vida acadêmica, e

Ao meu querido e amado filho, **Diogo José Notário Guaitolini**, que direta e indiretamente sempre foi minha grande força para que pudesse chegar até aqui.

Agradeço às minhas queridas irmãs, **Pamela e Déborah Fernanda**, e a meu irmão **Emílio**, que sempre estiveram fazendo parte dos meus sonhos.

À meu pai **Adilton**, fonte de minha base escolar, onde esteve presente em minha infância podendo me ajudar a construir bases para ser a pessoa que sou hoje.

Ao meu professor e orientador **Dr. Silvério dos Santos Oliveira**, obrigada por ter me auxiliado na elaboração desta obra. Mostrou que podemos alcançar tudo que almejamos, basta termos um pouco de persistência e dedicação.

À minha sogra **Francisca**, pessoa de grande caráter ajudou-me muito sempre que precisei.

Ao Dr. **Jorge Ronaldo dos Santos**, a quem me concedeu a base literária para minhas pesquisas.

A **todos os outros amigos e familiares** que me ajudaram a vencer barreiras ...

Meus eternos agradecimentos.

RESUMO

A responsabilidade civil dos médicos tem suscitado muitos questionamentos e controvérsias, tomando um corpo maior em sua discussão atual, uma vez que há conscientização dos cidadãos para a reivindicação de seus direitos, razão pela qual se tem procurado o Poder Judiciário. Neste trabalho, estaremos abordando a área da anestesia. O profissional da anestesia ocupa posição de destaque no ato cirúrgico, possui tanto deveres, como obrigações. Sua culpa, ainda que levíssima, o obriga a indenizar. Na culpa, é necessário que o agente tenha dado causa sem ter almejado o resultado, ou seja, que o tenha feito simplesmente por negligência, imprudência ou imperícia. Para que haja a culpa, tem que haver um nexo causal, um elo entre o ato e o dano. O erro médico pode trazer pequenas seqüelas, que passam despercebidas ao paciente ou erro que cause grave dano a este, podendo este dano ter sido evitado ou não. O médico anestesista tem com o paciente uma relação de natureza contratual, excluindo-se os casos de urgência. O Código de Defesa do Consumidor é um instrumento de moderação e disciplina nas relações de consumo, entre o prestador de serviços e o usuário. O paciente é o consumidor para quem se presta um serviço, já o médico é o fornecedor que desenvolve atividades de prestação de serviços. O médico anestesista tem por finalidade propiciar, por meio de aparelhos e medicamentos, condições favoráveis para o ato cirúrgico, mantendo o paciente em analgesia e com sinais vitais em níveis considerados ideais. O Código de Ética médico norteia o exercício da medicina. Os danos causados pelo médico anestesista podem ser, tanto danos morais, como estéticos (materiais). O médico não pode frustrar as esperanças do paciente, assim como não pode dar expectativas maiores do que aquelas que o paciente pode ter.

Palavras chaves: responsabilidade, médico anestesista, culpa, dano.

ABSTRACT

The doctor's civil responsibility has brought many questions and controversy. Taking more and more space on the medical area. Now a day, people know their right and fight for it. On this project we will discuss the anaesthesia area. The anaesthetist has an important position on the surgery, having obligations and rights. Even if he commits a small damage it's his obligation to pay demnit. When the anaesthetist commit a fault it's necessary to analyze the desire of doing it, on other words, if he was imprudence, inexpert or negligent. To prove the fault it's necessary to identify the relation with the act and the damage. The consequences can be imperceptible or on the other hand, can change the life of the patient forever. The anaesthetist and the patient have a contractual relation that excludes the urgency cases. The consumer code of defense is a set of rules with are accepted as general principles, organizing the relation between patient and anaesthetist. The first one receives the service it's the consumer. The second one does the service, must do his work providing good condition to the patient. In case of fault, the damage can be moral or esthetic. The anaesthetist can't frustrate or give more expectation than the truth.

Key words: responsibility – anaesthetist – fault - damage

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. VISÃO HISTÓRICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESISTA	14
1.1. Contexto Histórico Geral.....	14
1.2. Contexto Histórico do Médico Anestesista.....	16
2. DIREITO COMPARADO	17
2.1 Direito Francês.....	17
2.2 Direito Alemão.....	17
2.3 Direito Português.....	17
2.4 Direito Inglês e Anglo Americano.....	18
2.5 Direito Soviético.....	18
2.6 Direito Suíço.....	18
2.7 Direito Italiano.....	18
2.8 Direito Argentino.....	19
2.9 Direito Espanhol.....	19
3. RESPONSABILIDADE CIVIL	20
3.1. Conceito.....	20
3.2. Responsabilidade Subjetiva.....	21
3.3. Responsabilidade Objetiva.....	22
3.4. Responsabilidade do médico anestesista.....	23
4. CULPA MÉDICA	25
4.1. Culpa <i>Strictu Sensu</i>	25

4.1.1. Negligência.....	25
4.1.2. Imprudência.....	26
4.1.3. Imperícia.....	26
4.2. Causística e aferição da culpa.....	27
5. ERRO MÉDICO.....	30
5.1. Tipos de Erro.....	30
5.1.1. Erro de Diagnóstico e Erro de Conduta.....	30
5.1.2. Erro de Técnica.....	31
5.2. Natureza Contratual.....	31
5.3. Código de Defesa do Consumidor.....	33
6. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE.....	35
6.1. Introdução.....	35
6.2. Obrigações e deveres do Médico Anestesiologista.....	35
6.3. Obrigações e deveres do paciente.....	39
6.4. Tipos de Obrigação.....	40
6.5. Código de Ética Médico.....	41
6.6. Obrigação do Médico Anestesiologista.....	43
7. DANO MÉDICO.....	45
7.1. Conceito.....	45
7.2. Dano Estético (Material).....	48
7.3. Dano Moral.....	48
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	54

INTRODUÇÃO

Responsabilidade civil é a reparação atribuída a um sujeito com o dever de assumir as conseqüências de um evento ou de uma ação, se embasa na previsão legal que a admite, tendo força suficiente para conduzir o transgressor ao dever de reestruturar os direito ou interesses atingidos.

A Responsabilidade civil atende o disposto nos artigos 186 e 927 e ss. do Código Civil, entre outros.

Tem sido tão responsabilizado o médico anestesista por erros, no decorrer das décadas, como qualquer outra especialidade médica.

Quando da elaboração do projeto, tinha-se como objetivo geral: pesquisar a responsabilidade civil do médico anestesista, ensejando seus deveres, seus possíveis erros, abordando suas causas, delimitações e amplitude no mundo jurídico.

Como objetivos específicos tinha-se o seguinte: pesquisar o histórico do assunto; discorrer sobre a relação médico - paciente; estudar a responsabilidade civil; demonstrar os tipos de erros e suas conseqüências.

A escolha do tema tem vital importância, com base na atual notoriedade da responsabilidade civil em torno dos médicos, pois esses estão em contato direto com o bem maior do ser humano: a vida.

Ao estudar a responsabilidade civil do médico anestesista, surge a dúvida sobre quais erros e em que momento esse profissional deve ser responsabilizado.

Para responder a esta problemática e atingir os objetivos propostos, na elaboração da presente monografia, foi utilizado o método dedutivo, pois se parte de uma premissa maior para uma premissa menor, chegando a uma conclusão.

Para a esperada conclusão será utilizados o Código Civil, o Código de Defesa do Consumidor e o Código de Ética Médico, entre outros.

Como métodos de procedimentos, foram utilizados os seguintes: histórico, porque se buscou, a partir da origem da responsabilidade civil dos médicos e sua conseqüente evolução, compreender as mudanças ocorridas; e finalmente o método monográfico, vez que se escolheu um tema, delimitou esse tema e exauriu-se toda a ramificação ligada a ele.

1 - VISÃO HISTÓRICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESISTA

1.1. Contexto Histórico Geral

Aqueles que pensam que só agora os profissionais da medicina vêm sendo cobrados por seus erros estão enganados.

Na Idade da Pedra, o médico era diferente dos outros homens, pois estava envolto numa aura de mistério, onde tudo o que fazia precisava ser diferente dos outros.

A prática da medicina era ligada a religião e ao curandeirismo, usavam ervas e medicamentos naturais. No entanto, nem sempre o resultado pretendido acontecia. Ao passar do tempo e com o surgimento dos médicos, estes eram vistos como deuses que sabiam curar, porém nem por isso deixou, em certo período da história, que estes profissionais ficassem sem ser responsabilizados por seus erros.

Temos o primeiro documento histórico que trata do problema do erro médico, é o chamado Código de Hamurabi (1790 - 1770 a.C.). Este código é um dos conjuntos mais antigos de leis já encontrado.

“Os artigos do Código de Hamurabi fixam, assim, as diferentes regras da vida quotidiana, entre outras:

a hierarquia da sociedade divide-se em três grupos: os homens livres, os subalternos e os escravos;

os preços: os honorários dos médicos variam de acordo com a classe do enfermo;

os salários variam segundo a natureza dos trabalhos realizados;

a responsabilidade profissional: um arquiteto que construir uma casa que se desmorone, causando a morte de seus ocupantes, é condenado à pena de morte;

o funcionamento judiciário: a justiça é estabelecida pelos tribunais, as decisões devem ser escritas, e é possível apelar ao rei;

as penas: a escala das penas é descrita segundo os delitos e crimes cometidos. A lei do talião é a base desta escala.”¹

Após, temos o surgimento da Lei Aquília (ano 468) em Roma, e tem início a generalização da responsabilidade civil, onde se encontram os primeiros rudimentos de responsabilidade civil médico, prevendo a pena de morte ou deportação do médico culpado de falta profissional. Com a lei Aquília de Damno, plebiscito posterior à Lei Hortênsia, do século III a.C., formulou-se um conceito de culpa, bem como se fixaram algumas espécies de delitos que os médicos poderiam cometer, como o abandono do doente, a recusa à prestação de assistência, os erros derivados da imperícia e das experiências perigosas.

Encontramos o primeiro estudo no campo da medicina apenas na Grécia antiga (século V a.C.). Surgiram, com o passar dos séculos as universidades, onde os médicos aprofundavam seus estudos na área das letras e filosofia. A culpa médica, para ser atestada, deveria ser objeto da análise de outros profissionais que, em colegiado, emitiriam seu parecer. A culpa, portanto, só seria declarada se houvesse desatenção aos preceitos ou descumprimento das práticas e procedimentos médico-sanitários usualmente aceitos à época.

Na França, em 1850, o Tribunal de Colmar e, em 1861, o de Metz empregaram pela primeira vez as expressões "imprudência e negligência" e "esquecimento das regras gerais de bom senso e prudência".

Foi com influência do Direito francês que a responsabilidade médica ganhou base de uma jurisprudência e doutrina servindo de parâmetro para um grande número de países, incluindo o Brasil.

“O primeiro julgado, em França, que inaugura a jurisprudência sobre a perda de uma chance, é da 1ª Câmara Civil da Corte de Cassação, reapreciando caso julgado pela Corte de Apelação de Paris, de 17.07.1964. O fato ocorreu em 1957. Houve um erro de diagnóstico, que redundou em tratamento inadequado. Estendeu-se em primeira instância que, entre o erro do médico e as graves conseqüências (invalidez) do menor não se podia estabelecer de modo preciso um nexo de causalidade. A corte de Cassação assentou que: “Presunções suficientemente graves, precisas e harmônicas podem conduzir a responsabilização”. Tal entendimento foi acatado a partir da avaliação de o médico haver perdido uma chance de agir de modo diverso – e condenou-o a uma indenização de 65.000 francos.”²

¹ http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_de_Hamurabi, 24/03/2006 às 09:55.

² NETO, Miguel Kfourir. **Responsabilidade Civil do Médico**. 3ª ed. Ver., ampl. E atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1998, pág. 41.

1.2. Contexto Histórico do Médico Anestesiasta

Encontramos o início do uso dos anestésicos locais na segunda metade do século XIX, por volta de 1860, onde Albert Niemann isolou um alcalóide, na forma cristalina, que seria o primeiro anestésico local utilizado na prática clínica: a cocaína.

Muito embora sua utilização venha caindo na prática anestésica, ainda podemos encontrá-la, sendo usada em certos colírios anestésicos, em países como os EUA.

Outras drogas desenvolvidas no final do século XIX e início do século XX, como a procaína e a lidocaína, popularizaram as técnicas de anestesia local e permitiu o desenvolvimento da anestesia regional.

Após a década de 50 não havia a especialidade da anestesia no campo da medicina, passando então, a integrar uma das 65 especialidades existentes oficialmente no Brasil.

O médico anestesiasta começou a ser valorizado pelo seu trabalho, grande atuante na sala cirúrgica, tido como a mais importante atuação no decorrer da cirurgia.

Surge primeiramente a anestesia geral, um termo utilizado para designar uma técnica anestésica que promove inconsciência (hipnose) total, abolição da dor (analgesia / anestesia) e relaxamento do paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica conhecida.

Após a anestesia geral, surge a anestesia local, um procedimento anestésico realizado com o objetivo de bloquear os estímulos dolorosos, que são conduzidos através da medula espinhal. Basicamente podemos fazer isto através de duas técnicas anestésicas: a raquianestesia e a peridural (e sua variante, a caudal).

No decorrer das décadas o médico anestesiasta tem sido tão responsabilizado por erros como qualquer outra especialidade médica.

2 - DIREITO COMPARADO

2.1. Direito Francês

O Código Francês é o padrão das legislações modernas. Comporta a teoria clássica da responsabilidade extracontratual, sob o fundamento da culpa, base única da responsabilidade civil.

2.2. Direito Alemão

“O § 823 do BGP também proclama o princípio da responsabilidade civil por culpa, impondo o dever de indenizar àquele que, dolosa ou culposamente, lesionar, de forma antijurídica, a vida, o corpo, a saúde, a liberdade, a propriedade ou qualquer outro direito de outrem.”³

Neste direito observamos a presença da culpa impondo o dever de reparação quando lesionar a vida, o corpo e a saúde do indivíduo.

2.3. Direito Português

O número de demandas em que se discute a responsabilidade civil ou penal do médico é extremamente pequeno.

O artigo 483 e 487 do Código Civil tratam respectivamente sobre o princípio geral e a culpa. O critério de apreciação da culpa é abstrato, tanto no tocante ao grau de diligência e cuidado quanto a capacidade profissional.

³ NETO, Miguel Kfourir. **Responsabilidade Civil do Médico** – 4.ed. ver. atual. e ampl. – São Paulo: Ed dos Tribunais, 2001. pág.48.

2.4. Direito Inglês e Anglo Americano

Não possuem princípio geral de responsabilidade civil semelhante ao Direito Francês ou ao Direito Brasileiro, predominando nas Cortes o reconhecimento da negligência médica.

Os dados a seguir transcritos se referem a frequência em que os americanos recorrem à justiça:

“(…) nos últimos anos, a situação é a seguinte: em todo o país, em cada sete médicos 1 (sic) está sendo ou já foi processado; em Los Angeles, 7 em 10; especialidades como neurocirurgia apresentam 50% de seu quadro processados; anualmente, 2.000 sentenças judiciais são favoráveis aos doentes; os médicos pagam anualmente (em 1976 deve ser o dobro) 1 bilhão de dólares para se precaverem contra riscos de erros profissionais; de 4 a 9 bilhões de dólares serão gastos, em 1976, com teste, RX etc., na prevenção de erros...”⁴

2.5. Direito Soviético

O Código Soviético confere aos tribunais o arbítrio de mandar ressarcir o dano, ainda que não haja responsabilidade de seu respectivo autor, tendo em consideração apenas a situação patrimonial do mesmo autor do ato e da sua vítima.

Não há o princípio da culpa e a obrigação de indenizar é imposta, ainda que não haja responsabilidade do causador do dano.

2.6. Direito Suíço

No Código Suíço em seu artigo 41 e 43 do Código Civil o princípio básico é o da culpa, que pode ser intencional (dolo) ou causada por negligência (culpa *strictu sensu*), onde sua gravidade influirá no *quantum* da indenização.

2.7. Direito Italiano

Na Itália o fundamento da responsabilidade civil é a culpa.

⁴ NETO, Miguel Kfourri. **Responsabilidade Civil do Médico** – 4.ed. ver. atual. e ampl. – São Paulo: Ed dos Tribunais, 2001. pág.50.

Em seu artigo 1.277 do Código Civil contém causa de atenuação da indenização, proporcional ao grau da culpa, quando também o lesado concorre na causação do dano.

2.8. Direito Argentino

Tanto na Argentina como em demais países latinos, os danos resultantes da atividade médica obrigam ao ressarcimento civil.

A responsabilidade do médico é extracontratual e subjetiva imputando-se a vítima o ônus da prova. Esta disciplina é semelhante à do Brasil, assim como a jurisprudência Argentina oferece soluções a casos concretos muito análogo àquelas emanadas dos nossos tribunais.

2.9. Direito Espanhol

Na Espanha, os médicos assumem a culpa desde que se estabeleça nexos causal entre a ação culposa e o dano sugerido.

Impõe-se o dever de indenizar tanto pela responsabilidade aquiliana quanto pelo ilícito contratual.

As ações fundadas em culpa contratual prescrevem em 15 anos e se embasadas na culpa extracontratual prescrevem em 01 ano.

Após uma análise do direito comparado, pode-se dizer que com exceção do Direito Soviético, os demais países têm, como base, a responsabilidade civil fundada na culpa e no dever de reparação, devendo haver sempre o nexos causal.

3 - RESPONSABILIDADE CIVIL

3.1. Conceito

Foi através da sabedoria romana que se criaram bases para o direito, às quais, após dois mil anos, ainda encontramos fontes jurídicas atuais.

No atual Código Civil observamos que a responsabilidade civil trata com mais profundidade do que o código anterior. O artigo que se refere a este tema é o 927 ss., sendo que a definição de ato ilícito é fornecida pelo artigo 186:

“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”

Em sentido amplo, a noção de responsabilidade civil é a reparação atribuída a um sujeito com o dever de assumir as conseqüências de um evento ou de uma ação.

O conceito de responsabilidade civil é bastante debatido na atualidade. Mas algo pode ser afirmado com certeza, usando as palavras de Pontes de Miranda:

“Quando fazemos o que não temos o direito de fazer, certo é que cometemos ato lesivo, pois que diminuimos, contra a vontade de alguém, o ativo dos seus direitos, ou lhe elevamos o passivo das obrigações, o que é genericamente o mesmo”.

E diz mais:

“O que se induz da observação dos fatos é que em todas as sociedades o que se tem por ofensa não deve ficar sem satisfação, sem ressarcimento”.

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

A responsabilidade civil embasa-se na previsão legal que a admite, violando normas, seja direta ou indiretamente, tendo força suficiente para conduzir o transgressor ao dever de reestruturar os direitos ou interesses atingidos.

A responsabilidade pode ser também direta, quando diz respeito ao próprio causador do dano ou indireta quando se refere a terceiro. No caso de terceiro, temos como exemplo o pai que responde por seu filho menor ou o curador que responde pelo amental, ressaltando que este terceiro somente será responsabilizado a indenizar quando a lei expressamente o permitir e assim apontar.

De forma ampla, a responsabilidade civil é sempre uma obrigação de reparar danos: danos causados à pessoa ou ao patrimônio de outrem, ou danos causados a interesses coletivos, ou transindividuais, sejam coletivos *strictu sensu*.

Por fim, temos que a responsabilidade civil pode ser tanto moral como material, em que o sujeito causador do dano fica obrigado a reparar à vítima aquilo que esta requisitar na esfera judicial, tendo com objetivo amenizar a dor sofrida pelo causador do dano, sendo esta dor em algumas vezes pequena e podendo ser às vezes até de difícil reparação, isso se constatará de acordo com o grau de dano causado.

A responsabilidade civil gira em torno de duas teorias: a *subjetiva* e a *objetiva*.

3.2. Responsabilidade Subjetiva

A teoria subjetiva tem na culpa seus fundamentos basilares, vindos de um caráter interno a demonstrar a imputabilidade do agente.

No âmbito das questões civis, a expressão culpa tem um sentido muito amplo. Vai desde a culpa *stricto sensu* ao dolo. É o elemento do ato ilícito, em torno do qual a ação ou a omissão leva à existência de um dano. Não é sinônimo, portanto, de dano. É claro que só existirá culpa se dela resulta um prejuízo. Argüi-se a responsabilidade do autor quando existe culpa, dano e nexo causal.

“À primeira espécie denomina-se dolo direto, ação ou omissão consciente direcionada ao alcance de um resultado certo; é querer deliberadamente infringir dever fixado normativamente. À segunda, dolo eventual, assunção consciente do risco de que o evento danoso venha a produzir-se; ainda que ciente disso, o agente toma a possibilidade abstrata da causação do prejuízo como parte integrante da sua ação e prossegue rumo ao que deseja, disso podendo resultar muito aproximadamente o dano alguém.”⁵

Constata-se, ainda, a culpa nas clássicas definições de imprudência, negligência ou imperícia. Estas se diferem das demais pelo motivo de não se pretender exatamente o dano, nem se assumir explicitamente o risco, mas ciente de que o prejuízo somente teve lugar em função do comportamento ilícito do lesante.

Importa referir, igualmente, que o direito civil não se preocupa em distinguir dolo direto, dolo eventual e culpa, porque trata a todos genericamente contidos na abrangente designação de *culpa*, no entanto, o ordenamento jurídico destina especial atenção à citada diferenciação em sede de legislação penal.

Pelo exposto, para o direito civil, importa essencialmente verificar se presentes fatores conduzem à imputabilidade do resultado danoso ao indivíduo, sendo esse apontado como autor do fato que desencadeou o processo lesivo.

3.3. Responsabilidade Objetiva

A responsabilidade objetiva porta-se de modo a provocar lesões, o autor estaria assumindo a obrigação de indenizar pela singela circunstância se a natureza do episódio assim o exigir ou permitir, valorada a questão apenas sob o prisma da existência fática do prejuízo, ficando excluída a verificação ou não da culpa daquele que deu origem à ofensa.

Na responsabilidade objetiva, basta a mera ocorrência da lesão e a constatação de que teve origem, em dado comportamento positivo ou negativo, inexigível a imputação subjetiva do autor.

⁵ MATIELO, Fabrício Zampogna. **Responsabilidade Civil do Médico**. 2ª edição – Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2001. pág.16

3.4. Responsabilidade do Médico Anestesiista

“Aguiar Dias, em sua clássica obra, reproduz regras consideradas elementares, observáveis pelos anestesistas, a fim de preservar sua responsabilidade: “a) jamais deve o risco da anestesia ser maior que o risco da operação, isto é, em operação de menor importância é desaconselhável aplicar anestésias gerais, convindo sempre que possível, guardar a proporção ou relação direta entre a anestesia e a importância da operação; b) não se deve praticar a anestesia sem consentimento do paciente; esse pode ser dado diretamente pelo enfermo, ou em caso de impedimento, pelos que o tiverem a seu cargo; c) nunca se deve anestésiar sem testemunhas; d) o anestesista deve sempre proceder a exames prévio das condições fisiopsíquicas do paciente, inclusive exame de laboratório e das peças dentárias; e) não deve proporcionar anestesia em operação ilícita ou fraudulenta (aborto criminoso, esterilização vedada pelos princípios médicos e morais, ...; f) jamais usar drogas anestésicas ou entorpecentes senão nas condições imperativas e precisas, para aliviar a dor ...”⁶

Apesar dessas regras não estarem consagradas expressamente na lei, a violação delas pressupõe ato positivo de imprudência, negligência, imperícia e até de torpeza. Entretanto, haverá casos em que a urgência da intervenção e o concurso de outras circunstâncias não permitam a observância rigorosa desses princípios.

Ante ao exposto, o médico tem que provar com a prudência e a diligência com que se houve. O médico deve demonstrar, diante da frustração da finalidade imediatamente perseguida, que não atingiu seu fim pela interferência de fatores imprevisíveis e imponderáveis.

Devemos ressaltar que o anestesista é um profissional diferenciado dos demais quando em atuação, eis que é solitário na missão que lhe foi confiada. Esse não é comum trabalhar em grupo, nem dispõe de auxílio imediato de outros colegas.

O procedimento da anestesia dissocia-se da operação em si, pois seus objetivos são diferentes e independem imediatamente um dos outros. A anestesia visa inebriar o paciente, permitindo ao cirurgião realizar de forma indolor a intervenção planejada, porém o resultado dessa não é interligado ao procedimento anestésico, nem esse se vincula ao sucesso técnico da operação.

⁶ NETO, Kfourri Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 4ª edição. rev. Atual. e ampl. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. pág. 146

O anestesista e o cirurgião respondem, exclusiva e individualmente por danos a quem derem causa por conduta pessoal, sem que haja ligação entre as atribuições de um e de outro.

Segundo Miguel Kfourì Neto, o [art. 1.545](#) do Código Civil Brasileiro já menciona que a responsabilidade civil do médico é subjetiva, sendo assim, para que haja aquela deve haver a ligação de três elementos: dano, **culpa** e nexo de causalidade.

Em se tratando de responsabilidade civil no erro médico é indispensável uma prova inequívoca de que houve culpa no proceder do médico, cabendo essa prova ao autor, ou seja, ao paciente lesado. No entanto, devemos nos atentar ao que diz o Código de Defesa do Consumidor quando se trata da inversão do ônus da prova, onde pode o autor se enquadrar nesse campo do direito.

4 - CULPA MÉDICA

4.1. Culpa *Strictu Sensu*

Culpa, em singelas palavras é o desvio de um modelo ideal de conduta. Implicando a avaliação dos fatores subjetivos que conduzem o agente à prática do ato lesivo.

De acordo com o art. 927 do Código Civil, este esposou inteiramente a teoria da culpa no que diz respeito à responsabilidade civil médica sobrevivendo dano – morte, incapacidade ou ferimento – a vítima deve provar que o médico agiu com culpa *stricto sensu* – negligência, imprudência ou imperícia – para poder ser ressarcida.

Essa culpa se caracteriza na ausência do dolo, ou seja, que o autor tenha produzido o dano sem a intenção de prejudicar.

Para que haja a culpa tem de haver um nexo causal, um elo entre o ato e o dano. Sendo que, quando um ato é praticado lícitamente, com moderação e atenção devida, o resultado danoso pode ser considerado acidente.

Na culpa, é necessário que o agente tenha dado causa sem ter querido o resultado, nem assumido o risco de produzi-lo, ou seja, que o tenha feito simplesmente por negligência, imprudência ou imperícia.

4.1.1. Negligência

A negligência médica caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É um ato omissivo.

A responsabilidade do anestesista é individual nos períodos pré e pós operatório, devendo tomar os cuidados necessários para que não negligencie com seu paciente.

É a inobservância das normas que os ordenam agir com atenção, com capacidade, solicitude e discernimento. É a falta de diligência, a ausência de atenção em momento próprio, o desleixo injustificado.

4.1.2. Imprudência

Na imprudência, há culpa comissiva. Podemos dizer que age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, açodadas, precipitadas sem usar de cautela.

Entende-se a falta de cuidados básicos, de cautelas ordinárias que necessitam deveriam ter sido tomadas em dado caso particular.

O médico anestesista pode cometer a imprudência quando é afoito no agir, com o desprezo das cautelas que deve tomar com seus atos, agindo por impulsividade, por falta de controle e, até, por leviandade.

4.1.3. Imperícia

A imperícia se vislumbra na conduta produzida à margem de conhecimentos suficientes, ou má aplicação dos que se tem, deficiência na formação do profissional que lesa a um resultado nocivo, ou, simplesmente, incompetência na prática profissional por falta de substrato técnico.

Na imperícia há culpa quem pratica ou deixa de praticar ato de maneira imprópria, equivocada ou recomendada pela prática média de forma diferente.

Ao médico anestesista pode ser considerado imperito quando não aplica todos os recursos técnicos existentes no bloco cirúrgico.

4.2. Causística e Aferição da Culpa

No Direito Brasileiro a responsabilidade tem como fundamento basilar o princípio da culpa.

Para fazermos uma aferição da culpa é necessário observar a causa do dano.

Vejamos como o Tribunal do Rio Grande do Sul tratou a matéria:

“ O TJRS, apreciando ação de indenização movida em face de cirurgião dentista e de médico anestesista, firmou que não pode haver presunção de culpa, unicamente porque sobreveio a morte do menor após cirurgia destinada a correção da arcada dentária, hora e meia após ingressar na sala de recuperação. A culpabilidade - acentou o arresto - somente pode ser presumida na hipótese da ocorrência de erro grosseiro, de negligência ou de imperícia, devidamente demonstrados. Se os profissionais se utilizaram de sua vasta experiência e dos meios técnicos indicados, com os habituais cuidados pré e pós operatórios, somente uma prova irretorquível poderia levar à indenização pleiteada. Não tendo sido demonstrado o nexo causal entre a cirurgia e o evento morte, correta esteve a sentença dando pela improcedência da ação.”⁷

No caso em tela a jurisprudência não condenou o anestesista por não ter prova de nexo causal com o dano ocorrido, não havendo assim culpa deste pelo fato lesivo.

Já o Tribunal de Minas Gerais, em apelação manifesta contra sentença que julgara procedente indenização decorrente de dano médico causado por anestesia considerada inadequada para o autor da ação, com apenas cinco anos de idade, em cirurgia na perna direita. Figuraram no pólo passivo o hospital e o médico. O hospital havia sido responsabilizado por não oferecer condições indispensáveis para uma intervenção cirúrgica e o anestesista por não ter feito o teste de reação anestésico antes da cirurgia. Durante o ato cirúrgico sobreveio parada cardiorrespiratória, que ocasionou lesões irreversíveis ao paciente, passando a ter uma vida vegetativa.

Neste caso o julgador similar acolheu o pedido apenas em relação ao médico e julgou improcedente quanto ao hospital. Pelo motivo de ter sido provado que o anestesista não visitou o paciente antes do trabalho anestésico e não cuidou de equipar a sala de instrumental

⁷ NETO, Miguel Kfourri. **Responsabilidade Civil do Médico**. 4.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, pág. 152.

capaz de detectar o choque em tempo hábil para a reanimação sem seqüelas ou para que estas fossem mínimas.

Para que haja a aferição da culpa é necessário observar a causa do dano, para assim poder concluir, com provas suficientes, o grau de culpa do médico.

Um exemplo de causa para podermos mensurar a culpa do médico anestesista seria a seguinte jurisprudência:

“Responsabilidade Civil. Erro Médico. Anestesia. O anesthesiologista responde pelo dano causado ao paciente, em razão do procedimento anestésico, quando não obteve previamente anuência para realizar a anestesia geral (imprudência), não realizou exames pré-anestésicos (negligência) e não empregou todos os recursos técnicos existentes no bloco cirúrgico (imperícia). Valor da indenização. Voto vencido que não localizou culpa na conduta do anesthesiologista. Apelação desprovida por maioria.” (Ap. Cível 597 009 992.5º CC. Rel. Dês. Paulo Augusto Monte Lopes. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. J. em 20.03.1997. Cópia de doc. original (13p.).

Na jurisprudência acima fica simplificado que a causística serve para auferir a culpa do médico anestesista, que no caso em tela foi negligente por deixar de realizar exames pré-anestésico; foi imprudente por deixar de obter o consentimento prévio dos pais da menor paciente e foi imperito por deixar de empregar todos os recursos existentes e conhecidos.

A culpa médica apresenta peculiaridades decorrentes da peculiaridade das características técnicas das quais se reveste, o que a torna, muitas vezes, de difícil comprovação.

A essência da culpa está na previsibilidade: se o resultado desfavorável era previsível e não foi evitado, há culpa. Se o resultado desfavorável, nas circunstâncias do caso, não era possível de ser previsto estamos face as excludentes de culpabilidade e são elas o caso fortuito e da força maior previsto no art. 1058 § único do Código Civil, quando então o médico não poderá ser responsabilizado.

O caso fortuito é aquele estranho a vontade do homem, imprevisível, inevitável e o de força maior aquele absolutamente necessário, que cause algum dano, porém se não tivesse

vido praticado, daria lugar a dano maior ainda (histerectomia de urgência em hemorragia pós-parto).

5 - ERRO MÉDICO

5.1. Tipos de Erro

Antes de adentrarmos nos erros médicos é mister fazermos um breve conceito de erro médico.

Segundo Miguel Kfoury Neto, erro médico pode ser entendido como uma falha no exercício da profissão, do que advém um mau resultado ou um resultado adverso, efetivando-se através da ação ou omissão do profissional.

O erro pode ser de pequenas seqüelas, que passa despercebido ao paciente ou um erro que cause dano ao paciente, podendo este dano ter sido evitado ou não, no entanto quando ocorre a culpa comprovada (por negligência, imprudência ou por imperícia) e havendo entre o dano e o ato médico o claro e indispensável nexos de causalidade, então deverá ser o médico responsabilizado.

O médico anestesista atua com uma margem de risco maior que a de outros profissionais da medicina, estando esse risco na diversidade de seu campo de ação em todas as idades, desde a vida intra-uterina até a senilidade, em grande parte das doenças, exigindo conhecimentos sérios e diversificados para domínio total e imediato das funções vitais.

5.1.1. Erro de Diagnóstico e Erro de Conduta

“Os diagnósticos, de uma maneira geral, apresentam uma explícita fragilidade no que tange à sua segurança, pois, segundo informação de Moraes, até hoje são desconhecidas as causas de um terço das doenças já catalogadas.”⁸

⁸ GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Erro Médico a Luz da Jurisprudência Comentada**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2004, pág. 126.

Por esta razão é que uma diagnose, antes de tudo, deve ser genérica, para depois se ter certeza do real estado clínico do paciente, para que o médico não ocorra em erro de conduta.

O exame clínico que precede a emissão de qualquer parecer tem que primar pela seriedade, profundidade e cautela, de modo a esgotar toda a investigação que naquele momento se mostre possível, pois um erro nessa etapa certamente influirá no desfecho do caso.

Deve haver cautela no diagnóstico do paciente, não podendo incidir em erro.

5.1.2. Erro de Técnica

Os erros ocorridos nos casos duvidosos ou controvertidos não podem, pura e simplesmente, ser colocados no rol dos cometidos por imperícia, imprudência ou negligência.

O profissional, em tendo escolhido técnica que não se mostrou boa para aquele caso específico, e foi zeloso e criterioso na aplicação, terá cometido em erro profissional ou técnico, não culposos, pois não poderia antecipar a reação do organismo do paciente, pelo qual não responde.

O erro técnico é escusável quando se trata de técnica conhecida, usual e aceita. Por outro lado, haverá imperícia quando a técnica é adequada, mas a aplicação for desastrosa ou deficiente.

5.2. Natureza Contratual

Durante largo período houve intensa discussão em torno da natureza jurídica da relação médico - paciente.

O Civil diz: “Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento”.

Esta colocação, do referido dispositivo acima, que ensejam a verificação de culpa aquiliana (extracontratual) não pode ser motivo suficiente para considerar como fechada a questão.

O médico anestesista tem, pois, com o seu paciente uma relação de natureza contratual, se excluindo os casos de urgência.

Assim, ensina Pontes de Miranda: "A responsabilidade dos médicos e cirurgiões é contratual". (Tratado de Direito Privado. 2 ed., Rio de Janeiro: Borsoi, 1966, Tomo LIII, p.439).

Este contrato tem suas características, cabendo citar ser:

a) intuitu personae (é realizado com um fim específico - determinado - profissional médico em médico anesthesiologia);

b) bilateral (ou seja, se dá entre o médico anestesista e o paciente, cada um com seus direitos e deveres neste contrato);

c) oneroso ou gratuito (pode ser remunerado ou sem ônus para o paciente, em ambos os casos com as mesmas características contratuais, com os mesmos direitos e deveres, tanto para o paciente, como para o médico anestesista, inclusive em termos de responsabilidade civil);

d) cumulativo (além da obrigação principal comporta a presença de obrigações acessórias);

e) e aleatório (não tem um resultado específico e determinado, cabendo ao médico anestesista utilizar-se dos adequados recursos técnicos da medicina para se haver bem no cumprimento da sua obrigação contratual).

O médico anestesista, pois, neste contrato assume uma obrigação de meios, e o erro médico em anesthesiologia é um descumprimento deste contrato.

5.3. Código de Defesa do Consumidor

Se aplicado nos limites da justeza e do equilíbrio, o Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990) será a maior contribuição jurídica dos últimos 50 anos em nosso país, principalmente no que esse diploma traz sobre a assistência médica, com destaque na relação entre o profissional e o consumidor desta área.

Primeiro, pelo cuidado de não tratar a saúde como uma atividade estritamente comercial. Depois, pela importância que o Código representa como instrumento de moderação e disciplina nas relações de consumo entre o prestador de serviço e o usuário. E, ainda, por revelar-se como uma garantia e um complemento de ordem constitucional ("O Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor" - Art. 5º, XXXII, da Constituição Federal), diante da vulnerabilidade da população no mercado de consumo.

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

A maior inovação, no nosso entender, está no art. 6º, VIII, deste CPDC, quando estatui que são direitos básicos do consumidor "a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando a crítica do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência".

O art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11.09.1990) em seu § 4º mantém em relação aos profissionais liberais, a verificação da culpa como pressuposto da responsabilidade.

Zelmo Denari assinala que os médicos são contratados e constituídos com base na confiança que inspiram aos respectivos clientes, assim como os anestesistas. Assim sendo, somente serão responsabilizados por danos quando ficar demonstrada a ocorrência da culpa subjetiva, em quaisquer das suas modalidades: negligência, imprudência ou imperícia.

Neste sentido temos a seguinte jurisprudência:

“Responsabilidade Civil – Hospital – Ajuizamento com base no Código de Defesa do Consumidor – Responsabilização objetiva – Inadmissibilidade – hipótese de exercício de profissão liberal, na medida em que o que se põe em exame é o próprio trabalho médico – Necessidade de prova de que o réu agiu com culpa ou dolo – Art. 14 § 3º., do referido Código – Recurso não provido. Em ação de indenização contra hospital, ajuizada com base no Código de Defesa do Consumidor, embora se trata de pessoa jurídica, a ela não se aplica a responsabilização objetiva, na medida em que o que se põe em exame é o próprio trabalho médico. Aplicável, pois o § 4º do art. 14 do referido Código.”⁹

Afirma o órgão julgador que, haja ou não vínculo empregatício, é a análise da atuação pessoal do médico que determinará – ou não – a responsabilidade do estabelecimento.

⁹ RJTJSP – Lex 141/248.

6 - RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

6.1. Introdução

Sabe-se que a medicina evoluiu muito nos últimos cem anos, tanto com relação aos antibióticos, microcirurgias, tomografia computadorizada, transplantes, genética, inseminação artificial, enfim todo o universo de novidades.

O “médico de família” existente em outras épocas desapareceu, dando lugar ao especialista ou à equipe, muitas vezes desconhecidas do paciente.

No caso do anestesista, o paciente apenas o vê na sala de cirurgia, sem ter tido qualquer contato com o mesmo antes da operação.

“A relação médico – paciente constitui não só o pressuposto da semiologia, enquanto ciência que estuda os signos e sintomas das enfermidades, senão como elemento essencial para uma adequada assistência e tratamento do enfermo. Se, por uma parte, a semiologia é a arte e a ciência do diagnóstico, por outro é o meio para obter uma comunicação fiel com o paciente, já que todos os níveis do corpo, da mente e das relações interpessoais se traduzem em condutas, ou seja, as comunicações que o médico deve captar e valorar pelo que, quanto melhor seja a comunicação, melhor será a eficácia do tratamento”.¹⁰

O médico não pode frustrar as esperanças do paciente, mas também não pode dar expectativas maiores do que aquelas que o paciente pode ter.

A relação médico – paciente tem grande importância, pois todos os detalhes fornecidos tanto pelo paciente para o seu médico e vice e versa diminuem em grande porcentagem o grau de risco, de erro e conseqüentemente de dano.

¹⁰ CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Editora Método, 2005, pág. 88.

6.2. Obrigações e Deveres do Médico Anestesista

O médico anestesista tem por finalidade propiciar, por meio de aparelhos e medicamentos, as condições favoráveis para o ato cirúrgico, mantendo o paciente em analgesia e com sinais vitais em níveis considerados os ideais.

Ao médico anestesista incumbe investigar previamente todas as possibilidades de elevação do risco ao paciente, sejam congênitos, provocados ou adquiridos de forma a que somente seja levado para a mesa de cirurgia após segura conclusão acerca das condições para submissão ao procedimento de anestesia.

A anestesia tem sua atuação estratificada nas seguintes fases:

- a) A fase pré-anestésica, na qual o anestesista avalia o paciente na véspera da operação programada com antecedência ou mesmo antes da operação com urgência;
- b) A indução anestésica, quando a sensibilidade e a reação do paciente estão sendo postas à prova: como nesta fase a concentração dos anestésicos é alta, requer uma pronunciada atenção;
- c) A per anestésica, durante a qual o paciente deve ser acompanhado, por ser imprescindível o controle de suas condições ventilatórias e cardiovasculares, logo inadmissível a saída do médico anestesista da sala de cirurgia, mesmo com a menor monitoração por aparelhos;
- d) A da recuperação anestésica, consistente em trazer o paciente às condições prévias a anestesia.

Em resguardo de si próprio e de seu paciente, o médico anestesista deve observar os seguintes procedimentos:

- 1) O risco representado pela anestesia não deve ser maior que o risco da cirurgia em si;

- 2) O ato anestésico – a não ser em ocasiões precisas e especialíssimas – deve ter o consentimento do paciente ou de seus representantes legais;
- 3) A anestesia deve sempre ser precedida de exames prévios e de entrevista pessoal com o paciente, daí advindo a possibilidade de uma melhor avaliação física e de uma confiança maior por parte do doente em relação ao profissional e ao próprio ato cirúrgico;
- 4) Conferir os frascos de todos os medicamentos a serem utilizados antes do ato anestésico, bem como as saídas dos condutores de gás;
- 5) Instrumentos e aparelhos pertinentes ao ato anestésico devem ser testados pelo médico anestesista antes que aquele se inicie;
- 6) Proceder ao ato anestésico em presença de membros da equipe cirúrgica;
- 7) Não se afastar, jamais, e sob pretexto algum, da cabeceira do paciente anestesiado;
- 8) Não deixar subalterno, alheio à especialidade, responsável pelo ato anestésico, seja no seu início, meio ou fim;

Assim como, o Conselho federal de Medicina, em Sessão Plenária de 12.03.1993, criou e aprovou a Resolução 1.363, dirigida especificamente aos médicos anestesistas, cujo teor é:

Art. 1º. Determinar que os médicos que pratiquem anestesia que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesa, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível;

II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, assim como manter a vigilância permanente ao paciente anestesiado durante o ato operatório, o médico anestesista deve estar sempre junto a este paciente.

III – Os sinais vitais serão verificados e registrados em ficha própria durante o ato anestésico, assim como a ventilação, oxigenação e circulação serão avaliadas intermitentemente;

IV – É ato atentatório à Ética Médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico;

V – Todas as conseqüências decorrentes do ato anestésico são da responsabilidade direta e pessoal do médico anestesista;

VI – Para a prática da anestesia deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas às condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico da instituição garantir tais condições.

Art. 2º. Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a seguir selecionadas:

I – Monitorização dos pacientes com esfigmomanômetro, estetoscópio pré-cordial ou esofágico e cardioscópico;

II – Monitorização do CO² expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações tecnicamente indicadas;

III – Monitorização da saturação de hemoglobina, de forma obrigatória, nos hospitais, que utilizam usinas concentradoras de oxigênio;

IV – Deverão estar à disposição do anestesista equipamentos, gases e drogas de segurança e desfibrilador, cardioscópico, sistema ventilatório e medicações essenciais

para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorespiratória;

V – O equipamento básico para administração de anestesia deverá ser constituído por secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório completo, tubos traqueais, guia e pinçam condutora de tubos traqueais, laringoscópio, cânulas orofaríngeas, aspirador, agulhas e material para bloqueios anestésicos;

VI – Todo paciente após a cirurgia deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico;

VII – Enquanto não estiver disponível a sala de recuperação pós-anestésica, o paciente deverá permanecer na sala de cirurgia até sua liberação pelo anestesista;

VIII – Os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista.

Ao seguir os procedimentos acima expostos, o médico anestesista está resguardado de direitos, devendo proceder com suas obrigações.

6.3. Obrigações e deveres do paciente

Diante de qualquer doença o anseio do paciente, este é alimentado pela intensa vontade de alterar o que o destino lhe reservou, para isso o paciente tem obrigações e deveres.

O paciente tem direito de receber do médico a melhor medicina, a mais atualizada, toda sua competência, de maneira humana e respeitosa.

O doente e seus familiares têm o direito de saber seu diagnóstico e entender por que os exames estão sendo pedidos e o quanto eles são importantes para o tratamento.

Assim como, a obrigação do paciente é de passar todas as informações possíveis ao médico, para que este possa agir com certeza. Deve também, o paciente, seguir corretamente as instruções e medicamentos sugeridos pelo médico.

6.4. Tipos de Obrigação

O assunto da obrigação de meio e de resultado na responsabilidade civil do médico ainda é um assunto pouco pesquisado e/ou debatido.

Na obrigação de meio, o objetivo do contrato não é a cura, mas a prestação de serviços alicerçados em cuidados concisos, não obrigando a restituir a saúde do paciente, e o profissional só será responsabilizado pelo insucesso em seu labor. Isso ocorrerá se ficar comprovado que houve dano ao paciente, e que esse dano é resultado de erro grave, imperícia, imprudência ou negligência de sua parte, portanto, sob as vestes tanto da ação quanto da omissão.

“A obrigação é de meio quando o profissional assume prestar um serviço ao qual dedicará atenção, cuidado e diligência exigidos pelas circunstâncias, de acordo com o seu título, com os recursos de que dispõe e com o desenvolvimento atual da ciência sem se comprometer com a obtenção de um certo resultado. O médico, normalmente, assume uma obrigação de meios.”¹¹

Já na obrigação de resultado, a prestação do serviço tem um fim definido. Se não houver o resultado esperado, há inadimplência e o devedor assume o ônus por não satisfazer a obrigação que prometeu.

Alguns julgados trazem em seu corpo uma sensata análise sobre o assunto, para depois concluir que não resta a menor dúvida quanto ao fato de a obrigação do cirurgião plástico estético e do médico anestesista serem bem mais amplas que uma simples obrigação de meio, todavia, daí a considerá-la como sendo de resultado, seria inadequado pelo próprio conceito de tal obrigação.

¹¹ Responsabilidade Civil do Médico, in: **Direito & Medicina - Aspectos Jurídicos da Medicina**. Sálvio de Figueiredo Teixeira, Coordenador, Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2000, p.139.

Segundo Fabrício Zamprogna Matielo, quando envolver obrigação de resultado, o profissional somente se libera do dever cumprido com a tarefa a que se propôs, ou seja, anestesiá-lo e trazê-lo de volta ao estado anterior de consciência e sensibilidade. Resultado diverso do previsto será de responsabilidade do médico anestesista, exceto quando demonstrar a interferência de causas alheias à sua atuação como fonte do dano, como v.g., caso fortuito, força maior ou culpa exclusiva do paciente.

É lógico que não se pode dispensar, para a aferição da responsabilidade, a análise dos meios empregados pelo médico anestesista, pois dos meios muitas vezes deflui claramente a culpa com que se portou, seja por opção equivocada quanto ao método ou às drogas, seja porque imperito no efetuar o procedimento.

No entanto, sob o profissional somente pode recair a responsabilidade subjetiva, fundada na culpa.

6.5. Código de Ética Médico

É o Código de Ética Médico que norteia o exercício da medicina. A Lei 3.268/57 atribuiu ao Conselho Federal de Medicina a incumbência de elaborar o Código de Deontologia Médica.

Miguel Reale explica com propriedade o escopo da locução “Deontologia Médica” empregada pela Lei:

“É claro que, quando o legislador pátrio empregou o termo Deontologia Médica não o fez no sentido estrito da Moral utilitarista, mas para indicar, de maneira geral, todo o domínio da Ética disciplinadora dos atos humanos em função dos valores tanto da pessoa, enquanto expressão da individualidade moralmente livre e como tal intangível, quanto da comunidade, o que implica um sistema de direitos e deveres, uma correlação harmônica entre o que lícito e o que é devido.”¹²

Com a citação acima verificamos que o Código de Ética Médico não pode ser exigido por não-médicos, porém quanto aos médicos é perfeitamente exigível e desenvolve um papel de alta relevância ao orientar o bom exercício da medicina.

¹² CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Editora Método, 2005, pág. 80.

O capítulo III do Código de Ética Médico diz:

TÍTULO III

Da Ética Médica

Art. 39. O médico deve proceder de forma que o torne merecedor de respeito e que contribua para o prestígio da categoria e da Medicina.

Art. 40. O médico é responsável pelos atos que, no exercício profissional, praticar com dolo ou culpa.

Art. 41. O médico obriga-se a cumprir os deveres consignados no Código de Ética Médica.

§ 1º O Código de Ética Médica regula os deveres do médico para com o paciente, a comunidade, outros profissionais e, ainda, a publicidade, a recusa do patrocínio, o dever de assistência, o dever geral de urbanidade e os respectivos procedimentos disciplinares.

§ 2º O Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão supervisor da ética profissional, elaborará e fará publicar e observar o Código de Ética Médica.

§ 3º O Código de Ética Médica será revisto pelo menos a cada dez anos e, a qualquer tempo, sempre que necessário para conformar suas disposições à dinâmica dos fatos sociais, da moral e dos costumes e das inovações tecnológicas e científicas da Medicina, de modo a assegurar o incremento na melhoria da saúde da sociedade brasileira e do progresso científico.

Art. 42. O médico terá consignado em seu prontuário e em sua carteira profissional qualquer anotação referente à sua prática, inclusive elogios e penalidades que recebeu e faltas cometidas.

Segundo a Ética Médica, é vedado a este:

I - Pagar percentagens, receber comissões ou vantagens que não correspondam a serviços legalmente prestados;

II - Fazer publicidade imoderada;

III - Dar consultas, diagnósticos e receitas pela imprensa, TV, correspondências ou internet;

IV - Receitar de forma secreta, por códigos;

V - Desviar para a clínica particular pacientes atendidos em instituições de caráter gratuito, e cobrar;

VI - Praticar atos de concorrência desleal aos colegas;

VII - Tratar pessoas da própria família;

Além desses itens acima expostos, comete grave infração Ética, o profissional que desvia por qualquer modo, clientes de outros médicos, mesmo para atendimento gratuito.

6.6. Obrigação do Médico Anestesista

Na obrigação de meios, o médico anestesista se compromete a fazer uso dos meios para realizar a anestesia no paciente dentro do compatível com o "estado da arte" médica em anestesiologia, naquele lugar e momento, atuando com prudência, perícia e diligência para realizar sua tarefa.

O atuar em conformidade com a adequada técnica anestesiológica é o que é perquirido, pelo magistrado, na conduta do médico anestesista, para averiguar se cumpriu com a sua obrigação de meios para com o paciente.

Agindo assim desempenhou a contento a sua obrigação contratual com o paciente, pois o objeto do contrato que se estabelece entre o médico anestesista e o paciente é uma obrigação de meios.

A obrigação do médico anestesista é uma obrigação de meio, porque o objeto do seu contrato é a sua própria atividade, quando emprega todos os recursos ao seu alcance, sem, no entanto, garantir sempre um sucesso.

Só pode o médico anestesista, ser considerado culpado se ele agiu sem os devidos cuidados, agindo com insensatez, descaso, impulsividade ou falta de observância as regras técnicas. Não poderá ser punido se chegarem a conclusão de que todo empenho foi inútil face a inexorabilidade do resultado, quando o especialista agiu de acordo com a *lex artis*, ou seja, se os meios empregados eram de uso atual e sem contra-indicações.

A abrangência da competência do médico anestesista o leva não apenas aos conhecimentos das técnicas usuais e aos cuidados pré, trans e pós-operatório, mas ao domínio da função respiratória, aos cuidados da atividade circulatória, da prevenção do choque, da supressão do estímulo doloroso, entre outros.

Qualquer que seja a forma de obrigação, de meio ou de resultado, diante do dano, o que se vai apurar é a responsabilidade, levando em conta principalmente o grau da culpa, o nexó da causalidade e a dimensão do dano, ainda mais diante das ações de indenizações por perdas e danos.

7 - DANO MÉDICO

7.1. Conceito

A palavra dano, etimologicamente, deriva de demere, que quer dizer tirar, reduzir, diminuir. Pode-se afirmar ser uma diminuição do patrimônio, tanto do ponto de vista material, como do ponto de vista moral.

Na avaliação qualitativa e quantitativa do dano deve-se utilizar uma metodologia onde se usem os meios médico-legais convencionais, os exames subsidiários necessários e se considerem todas as partes constitutivas do laudo pericial.

Para a caracterização da quantidade e da qualidade do dano é necessário que se responda sobre as seguintes eventualidades:

1.1.1 – Se do dano resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias. Esta incapacidade não precisa ser total, bastando que restrinja o indivíduo naquilo que ele faz por hábito, independente que isto lhe traga ou não prejuízo econômico. Ela deve ser apenas real e não hipotética.

1.1.2 – Se do dano resultou perigo de vida. Deve-se entender por perigo de vida uma situação de iminência de morte e não a simples presunção de risco remoto ou condicionado. O perigo é uma realidade, uma certeza, um diagnóstico. O risco é uma presunção, uma hipótese, um prognóstico.

1.1.3 – Se do dano resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função. Deve-se entender tal condição como um enfraquecimento ou debilitação da capacidade funcional ou de uso de um membro, de um sentido ou de uma função. A debilidade transitória

não caracteriza tal situação. Assim, a avaliação do membro, sentido ou função tem um significado fisiológico e não anatômico.

1.1.4 – Se do dano resultou aceleração do parto. Mesmo sendo uma situação rara e de difícil caracterização pericial, deve-se entender como a antecipação do parto provocada imediatamente pelo ato lesivo.

1.1.5 – Se do dano resultou incapacidade permanente para o trabalho. Aqui deve-se considerar se o indivíduo em virtude do dano recebido está ou não privado de exercer qualquer atividade lucrativa. Ou seja, se existe uma invalidez total e permanente para exercer um ofício ou uma atividade laborativa.. Também há de se distinguir se esta invalidez total e permanente é para o trabalho específico ou para o trabalho genérico. Vale apenas o trabalho genérico.

1.1.6 – Se do dano resultou uma enfermidade incurável. Nesta situação, deve-se entender que o indivíduo após o dano apresentou ressentimento ou perturbação de uma ou mais funções orgânicas e de grave comprometimento à saúde, em caráter permanente.

1.1.7 – Se do dano resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função. Agora não se considera apenas a debilidade, mas uma contingência mais grave acarretando o comprometimento máximo da funcionalidade daquelas estruturas. Tanto faz que isto seja pela perda ou ablação da estrutura lesado, como pelas suas permanências inúteis.

1.1.8 – Se do dano resultou deformidade permanente. Considera-se deformidade como toda alteração estética capaz de reduzir, de forma acentuada, a estética individual. É a perda do aspecto habitual. Este dano é antes de tudo um dano moral. Suas razões são sociais e morais em razão da sua forma visível e deprimente. São características agravantes: a localização, a extensão e o aspecto. Em questões de direito público, o sexo e a profissão da vítima têm um sentido relativo.

1.1.9 - Se do dano resultou aborto. Não se trata, é claro, da forma dolosa de abortamento. Mas do resultado aborto após um dano produzido à gestante, quando a gravidez é conhecida ou manifesta. Pouco importa que seja embrião ou feto prestes ao parto.

1.2.3 – Se do dano resultou incapacidade permanente. Este parâmetro permite consignar se o prejuízo anátomo-funcional ou psíquico é de caráter permanente e se total ou parcial. Ela é parcial quando o dano embora duradouro não torna a vítima inválida e definitivamente incapaz para as suas ocupações ou trabalho. É total quando a vítima passa a ser assistida de forma permanente por alguém. Hoje a tendência nas lides cíveis é avaliar o que o indivíduo ainda é capaz de produzir, dentro de uma política de "capacidades possíveis", ao invés de se fixar em tabelas em busca das chamadas "taxas de incapacidade permanente".

1.2.4 – Se do dano resultou prejuízo estético. Aqui, diferente da avaliação de natureza penal, leva-se em conta a personalização do dano, no que diz respeito ao sexo, idade, estado civil, profissão, situação anterior e comportamento da vítima em relação ao dano estético. Pode ser avaliado este dano em grau mínimo, moderado ou grave. Pode também ser classificado em prejuízo estético, deformidade e aleijão. Ou se estabelecer uma escala de valores que varie de 1 a 7.

1.2.5 – Se do dano resultou prejuízo de afirmação pessoal. Significa no que alguém foi prejudicado em suas realizações pessoais e é tanto mais grave quanto mais jovem é o indivíduo e quanto mais intensas forem suas atividades de lazer, de dotes artísticos e de capacidade intelectual.

Alguns admitem que este parâmetro de avaliação não é da competência pericial, deixando este "préjudice d'agrément" para a consideração do magistrado. No entanto admitimos que a escusa da avaliação pericial em tal circunstância é perder uma face muito importante da questão.

Deve-se também quantificar este prejuízo através de uma escala de valor que vá de 1 a 5. Neste particular, pode-se discutir também o que se chama de "prejuízo do futuro", desde que esta avaliação não seja hipotética, mas certa. Assim, no caso de uma criança, vítima de um dano por erro médico, não é difícil dizer-se dos seus prejuízos e de suas frustrações, do atraso escolar e das perdas na sua formação.

Verificamos que os quesitos acima expostos são de suma importância para a análise e quantificação do dano a ser aplicado ao médico anestesista, quanto da sua responsabilidade pelo dano causado.

7.2. Dano Estético (Material)

Os danos estéticos assumem mais relevância e o prejuízo corporal se compõe de elementos variáveis, indenizáveis separadamente, conforme a invalidez, seja parcial ou total, permanente ou temporária. Também o estado patológico do doente, que o médico pretendia aliviar ou curar, pode resultar agravado ou crônico configurando dano físico.

O dano estético, como o dano moral, representa uma ofensa a um direito da personalidade.

No juízo civil, importará a extensão dos danos, a localização, a possibilidade de completa (ou parcial) remoção, as características pessoais da vítima (sexo, idade, profissão, estado civil, etc), as restrições de ordem pessoal decorrentes da irreparabilidade da lesão – tudo deverá ser levado em linha de conta, no momento de se verificar a indenização.

A avaliação do dano estético deve ser feita por ocasião do julgamento, o mais tarde possível, pois as cicatrizes, a deformidade, podem atenuar-se.

No Brasil, só é parte legítima para pleitear indenização a vítima da ofensa, da qual resultou o dano.

7.3. Dano Moral

Dos direitos a vida e a segurança, insculpidos no pórtico do art. 5º da Constituição da República, além do bem estar colocado como norma rectora da Constituição, conforme preâmbulo da Carta Magna, decorre a integridade corporal e supõe o direito à saúde e acesso aos meios de cura, sem que subsista qualquer doença ou seqüela, em razão da má prática do profissional da medicina.

O dano é tratado em sentido amplo, ilimitado, irrestrito.

Antônio Jeová Santos conceitua dano da seguinte forma:

“Dano é prejuízo. É diminuição de patrimônio ou detrimento a afeições legítimas. Todo ato que diminua ou cause menoscabo aos bens materiais ou imateriais, pode ser considerado dano. O dano é um mal, um desvalor ou contravalor, algo que se padece com dor, posto que nos diminui e reduz; tira de nós algo que era nosso, do qual gozávamos ou nos aproveitávamos, que era nossa integridade psíquica ou física, as possibilidades de acréscimo ou novas incorporações, com diz Jorge Mosset Iturraspe (Responsabilidade Civil, p.21)”.¹³

Quando a lesão afeta sentimentos, vulnera afeições legítimas e rompe o equilíbrio espiritual, produzindo angústia, humilhação, dor, etc., diz-se que o dano é moral.

O dano moral reveste-se de conseqüências jurídicas, devendo ser reparado.

No mesmo sentido podemos dizer que, o dano moral é aquele que, no mais íntimo do seu ser, padece quem tenha lastimado em suas afeições legítimas, e que se traduz em dores e padecimentos pessoais.

No Brasil, a reparação por dano moral vem caminhando firme com sentenças e acórdãos respeitáveis favorecendo-a.

O dano moral criou autonomia suficiente para ser desvinculado do dano material ou estético. É o que a Carta Magna fez, em seu art. 5º, inciso V. É o que vem sendo decidido no Superior Tribunal de Justiça conforme jurisprudência. Sua apuração, contudo, há de se fazer em liquidação por artigos, eis que não definidos os seus contornos, mas apenas sua existência.

O Ministro do STJ CARLOS A. MENEZES assim se manifestou:

“não há falar em prova do dano moral e sim prova do fato que gerou a dor, o sofrimento, sentimentos íntimos que o ensejam”.¹⁴

¹³ SANTOS, Antônio Jeová. **Dano Moral Indenizável**. 3 ed. São Paulo: Editora Método, 2001. pág. 75.

¹⁴ <http://www.advogado.adv.br/artigos/2002/soniamariateixeiradasilva>. **Breve Estudo Dano Moral**. 28.08.2006, às 08:34 hrs.

A condenação com que se busca reparar o dano moral é representada, no principal, por uma quantia em dinheiro, a ser paga de imediato, sem prejuízo de outras cominações secundárias, nas hipóteses de ofensa à honra e à credibilidade da pessoa.

Com relação ao estabelecimento do *quantum* indenizatório, que, além da situação patrimonial das partes, deve-se considerar, também, como agravante o proveito obtido pelo lesante com a prática do ato ilícito e os danos sofridos pelo lesado.

CONCLUSÃO

Verificou-se que nos dias atuais, o princípio da responsabilidade médica encontra-se consagrado tanto pela doutrina como pela jurisprudência, ou seja, será ele responsabilizado quando agir com culpa, não só pelo que fez, mas, também, pelo que deixou de fazer; pelo que disse e pelo que deixou de dizer; igualmente o será pela oportunidade e maneira que escolheu para não fazê-lo, quando deveria ou poderia tê-lo feito em momento e modos diversos.

Logo, será ele responsabilizado quando cometer erro grosseiro, erro tal que qualquer dos seus pares, em idênticas circunstâncias, não o cometeria; quando agir com imprudência, imperícia ou negligência e que desse seu agir venha a resultar dano para o paciente. Pode, ainda, ser responsabilizado por não agir.

A seu turno, a irresponsabilidade médica tem como fundamento jurídico à ausência de dolo em sua conduta. É, pois, aceitável para o homem, por uma lei natural, que ele possa dispor de seus membros até para ser neles lesionado, com o objetivo de obter algum proveito; por tal razão, não seria justo declarar delituosos atos de um dentista ou de um cirurgião que, em seu mister, necessitassem intervir de maneira mais drástica, extraindo ou amputando partes do corpo no intuito de cura ou de melhora para o enfermo.

Estudou-se que a responsabilidade do médico anestesista é subjetiva, posto que no erro médico é indispensável uma prova inequívoca de que houve culpa no proceder do profissional.

Configurou-se a culpa como culpa *strictu sensu*, ou seja, sem dolo, sendo causado o dano por negligência, imprudência ou imperícia.

Também se estudou a importância da relação médico – paciente, abordando tanto as obrigações e deveres do médico como do paciente.

Ao final configurou-se os danos causados pelo erro médico, sendo estes danos material (estético) ou moral.

O presente trabalho abriu campo e estudo para um tema pouco debatido e estudado, delimitando seus horizontes e deixando aos acadêmicos de direito uma síntese da responsabilidade civil do médico anestesista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição Federal, Código Civil e Código de Processo Civil**. Organizador Yussef Sahid Cahali. 5.ed. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003 - (RT-mini-códigos).

CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Editora Método, 2005.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico**. 7.ed. São Paulo: BYK, 2001.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Erro Médico a Luz da Jurisprudência Comentada**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2004.

GOMES, Júlio César Meirelles e outros. **Erro Médico**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

KÚHN, Maria Leonor de Souza. **Responsabilidade Civil e a Natureza Jurídica da Relação Médico – Paciente**. Editora Manole, 2003.

MATIELO, Fabrício Zamproga. **Responsabilidade Civil do Médico**. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzato, 2001.

MORAES, Irany Novah. **Erro Médico e a Justiça**. 5.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

NETO, Miguel Kfourri. **Responsabilidade Civil do Médico**. 4.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

NETO, Miguel Kfourri. **Culpa Médica e Ônus da Prova**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

<http://conjur.estadao.com.br/static/text/23743,1> 27.07.2006 às 10:22

<http://conjur.estadao.com.br/static/text/4677,1> - Direitos e deveres - O novo Código Civil e a responsabilidade dos médicos - por Gustavo Alberto Villela Filho. 27.07.2006 às 10:25.

<http://www.medstudents.com.br/servico/codetica.htm> - Código de Ética Médico.

SANTOS, Antônio Jeová. **Dano Moral Indenizável**. 3 ed. São Paulo: Editora Método, 2001.

ANEXOS

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

PREÂMBULO

- I** - O presente Código contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem.
- II** - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.
- III** - Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.
- IV** - A fim de garantir o acatamento e cabal execução deste Código, cabe ao médico comunicar ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infringência do presente Código e das Normas que regulam o exercício da Medicina.
- V** - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das Comissões de Ética, das autoridades da área de saúde e dos médicos em geral.
- VI** - Os infratores do presente Código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

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

Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

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

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 7º - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.

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

Art. 9º - A Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio.

Art. 10 - O trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

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

Art. 12 - O médico deve buscar a melhor adequação do trabalho ao ser humano e a eliminação ou controle dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 13 - O médico deve denunciar às autoridades competentes quaisquer formas de poluição ou deterioração do meio ambiente, prejudiciais à saúde e à vida.

Art. 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Art. 15 - Deve o médico ser solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração condigna, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico.

Art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Art. 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético profissional da Medicina.

Art. 18 - As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

Art. 19 - O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO II - DIREITOS DO MÉDICO

É direito do médico:

Art. 20 - exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

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

Art. 22 - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos Órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Art. 23 - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

Art. 24 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 25 - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

Art. 26 - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

Art. 28 - Recusar a realização de atos médicos que embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 31 - Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 32 - Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 33 - Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente.

Art. 34 - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 35 - Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 36 - Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário pré-estabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 38 - Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina, ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 40 - Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos responsáveis, às autoridades e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 41 - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 43 - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.

Art. 44 - Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

CAPÍTULO IV - DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Art. 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 49 - Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento.

Art. 50 - Fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que facilitem a prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanas ou cruéis, em relação à pessoa.

Art. 51 - Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis conseqüências de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida iminente, tratá-la.

Art. 52 - Usar qualquer processo que possa alterar a personalidade ou a consciência da pessoa, com a finalidade de diminuir sua resistência física ou mental em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 53 - Desrespeitar o interesse e a integridade de paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

Parágrafo único - Ocorrendo quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 54 - Fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução de pena de morte.

Art. 55 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

CAPÍTULO V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

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

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

Parágrafo 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao

atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Parágrafo 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Art. 67 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Art. 68 - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.

Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

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

Art. 71 - Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado.

CAPÍTULO VI - DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 72 - Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 73 - Deixar, em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias ou outros procedimentos.

Art. 74 - Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.

Art. 75 - Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos.

CAPÍTULO VII - RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 76 - Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.

Art. 77 - Assumir emprego, cargo ou função, sucedendo a médico demitido ou afastado em represália a atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 78 - Posicionar-se contrariamente a movimentos legítimos da categoria médica, com a finalidade de obter vantagens.

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 80 - Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 81 - Alterar a prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 82 - Deixar de encaminhar de volta ao médico assistente, o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente.

Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

Art. 84 - Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade, ao ser substituído no final do turno de trabalho.

Art. 85 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

CAPÍTULO VIII - REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.

Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 89 - Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.

Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.

Art. 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Art. 93 - Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente que tenha atendido em virtude de sua função em instituições públicas.

Art. 94 - Utilizar-se de instituições públicas para execução de procedimentos médicos em pacientes de sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

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

Art. 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.

Art. 98 - Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Art. 99 - Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional.

Art. 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente participarem outros profissionais.

Art. 101 - Oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza.

CAPÍTULO IX - SEGREDO MÉDICO

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único - Permanece essa proibição:

- a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.
- b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 104 - Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações legais.

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.

Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Art. 109 - Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

CAPÍTULO X - ATESTADO E BOLETIM MÉDICO

É vedado ao médico:

Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade.

Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela.

Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo

paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único - O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Art. 113 - Utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 114 - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115 - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso.

Art. 117 - Elaborar ou divulgar boletim médico que revele o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, sem a expressa autorização do paciente ou de seu responsável legal.

CAPÍTULO XI - PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

CAPÍTULO XII - PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 122 - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.

Art. 123 - Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e consequência da pesquisa.

Parágrafo único - Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento, a pesquisa somente poderá se realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de

seu responsável legal.

Art. 124 - Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.

Art. 125 - Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.

Art. 126 - Obter vantagens pessoais, ter qualquer interesse comercial ou renunciar à sua independência profissional em relação a financiadores de pesquisa médica da qual participe.

Art. 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.

Art. 128 - Realizar pesquisa médica em voluntários, sadios ou não, que tenham direta ou indiretamente dependência ou subordinação relativamente ao pesquisador.

Art. 129 - Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente.

Art. 130 - Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.

CAPÍTULO XIII - PUBLICIDADE E TRABALHOS CIENTÍFICOS

É vedado ao médico:

Art. 131 - Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

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

Art. 133 - Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido por órgão competente.

Art. 134 - Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.

Art. 135 - Anunciar títulos científicos que não possa comprovar ou especialidade para a qual não esteja qualificado.

Art. 136 - Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 137 - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se

autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação.

Art. 138 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, de dados, informações, ou opiniões ainda não publicados.

Art. 139 - Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 140 - Falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação científica.

CAPÍTULO XIV - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 141 - O médico portador de doença incapacitante para o exercício da Medicina, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

Art. 142 - O médico está obrigado a acatar e respeitar os Acórdãos e Resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

Art. 143 - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e a atualização do presente Código, quando necessárias.

Art. 144 - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 145 - O presente Código entra em vigor na data de sua publicação e revoga o Código de Ética Médica (DOU 11/01/65), o Código Brasileiro de Deontologia Médica (RESOLUÇÃO CFM Nº 1.154 de 13.04.84) e demais disposições em contrário

Erro médico

Justiça condena médicos que cortaram onde não deviam

Os médicos Tasso Mendonça e José Alves Toledo Filho foram condenados a pagar indenização de R\$ 75 mil, por danos morais, o jardineiro Claudinei Abadia. Ele teve o intestino grosso perfurado duas vezes durante uma cirurgia feita por ambos para retirada de apêndice, no Hospital Municipal de Pirenópolis, em Goiás. A decisão é da 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do estado.

Os médicos também terão de pagar pensão vitalícia de R\$ 150, proporcional à depreciação da capacidade laboral de Claudinei, mais R\$ 2.226,00 por lucros cessantes e R\$1.633,81 por danos emergentes, sendo os dois últimos valores retroativos à data do fato. As informações são do TJ de Goiás.

Por unanimidade, o colegiado, que acompanhou voto do relator, desembargador Leobino Valente Chaves, reformou em parte a sentença da Justiça de primeira instância de Pirenópolis, que rejeitara o pedido de indenização, por entender que o erro médico não ficou configurado.

Ação culposa

Para Chaves, a conduta indevida dos médicos prova que eles foram negligentes. “Ultrapassada a dificuldade com a aplicação da anestesia, os dois médicos, no curso da cirurgia, de forma culposa, além de não extraírem o apêndice, perfuraram duas vezes o intestino grosso do autor”, afirmou.

A defesa pediu ainda a condenação do médico anestesista Emílio de Carvalho Júnior, mas o relator considerou a conclusão pericial que observou a não participação do anestesista no procedimento cirúrgico.

O relator considerou infundada a tese da contestação apresentada pela defesa, que alegou não existir possibilidade de perfuração do intestino grosso porque a incisão é do lado contrário ao da retirada do apêndice. “A perícia médica comprovou que existe essa possibilidade de perfuração, mesmo que a incisão tenha sido do lado contrário”, explicou.

De acordo com Chaves, a orientação dos médicos para que o jardineiro caminhasse após a cirurgia, demonstra mais uma vez a imprudência de ambos. “Ainda que fosse considerado normal tal procedimento no pós-operatório a intervenção cirúrgica sequer foi concluída. Na verdade, foi interrompida, o que iria requerer outra cirurgia de continuidade. Outra vez, trata-se de ato comprobatório de negligência médica e do tratamento inadequado dispensado ao apelante”, criticou.

Segundo o desembargador, a tentativa da defesa de atribuir ainda os efeitos danosos do evento a própria conduta do paciente, alegando que ele possuía uma “vida irregular”, está dissociada das provas dos autos. “O próprio perito judicial concluiu não existir relação entre as atividades laborais do paciente com o evento danoso impugnado”, afirmou Chaves.

Leia a ementa

“Ação de Indenização. Responsabilidade Civil. Erro Médico. Comprovação. Indenização. Procedência. Quantum. Prudente Arbítrio.

1 - Restando comprovado o ilícito civil (erro médico), é de se reformar a sentença que julgou improcedente o pedido de reparação.

2 - Demonstrados os danos materiais, além dos nítidos prejuízos morais, psicológicos e laboral causados ao apelante, incontestado o direito às respectivas indenizações.

3 - Quando das ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido tenha diminuída sua capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até o fim da convalescença, deve incluir pensão correspondente à importância equitativa da depreciação laboral sofrida.

4 - A indenização por danos morais está sujeita ao prudente arbítrio do julgador, não podendo se converter em fonte de ganho exagerado. Apelação conhecida e parcialmente provida”.

Apelação Cível nº 85845-3/188 — 2005.002.739-57

Revista **Consultor Jurídico**, 29 de julho de 2005

<http://conjur.estadao.com.br/static/text/36698,1> 14:26

Leia a íntegra da decisão

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ERRO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. DANO MATERIAL. AUSÊNCIA DE PROVA. INDENIZAÇÃO INDEVIDA. RETIRADA DA MAMA DIREITA. NEGLIGÊNCIA MÉDICA NO TRATAMENTO TEMPESTIVO DO CÂNCER. DANO MORAL CARACTERIZADO. DEVER DE INDENIZAR. VALOR. PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

Provada a conduta antijurídica do agente, bem como a lesão ao patrimônio moral da vítima, resta caracterizado o dever de indenizar.

A perda da mama causa imenso transtorno psicológico na mulher. Logo, se o médico é negligente em providenciar o tratamento adequado quando diagnostica a presença de células cancerosas, e a mama da paciente é extirpada, em função da ausência de pronto e tempestivo tratamento adequado, deve responder pela profunda dor moral que inegavelmente isso acarreta para ela.

O valor do dano moral deve amoldar-se aos princípios da razoabilidade, proporcionalidade e moderação, bem como à peculiaridade de cada caso, de forma a evitar o enriquecimento ilícito da parte moralmente lesada e a reprimenda inócua para o causador do dano.

A ausência de prova do dano material afasta o dever de indenizar.

Apelação principal provida e prejudicada a adesiva.

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível Nº 503.605-7 da Comarca de SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, sendo Apelante (s): VILMA MARIA DA ROCHA VICENTE, Apelante Adesivo (s)(a)(s): CLÉCIO ALBERTO PIMENTA, e Apelado (a) (os) (as): OS MESMOS,

ACORDA, em Turma, a Décima Sétima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais DAR PROVIMENTO PARCIAL AO RECURSO PRINCIPAL E JULGAR PREJUDICADO O RECURSO ADESIVO.

Presidiu o julgamento o Desembargador MARINÉ DA CUNHA (Revisor) e dele participaram os Desembargadores MÁRCIA DE PAOLI BALBINO (Relatora) e IRMAR FERREIRA CAMPOS (Vogal).

O voto proferido pela Desembargadora Relatora foi acompanhado, na íntegra, pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Belo Horizonte, 12 de maio de 2005.

DESEMBARGADORA MÁRCIA DE PAOLI BALBINO

Relatora

V O T O

A SR^a. DESEMBARGADORA MÁRCIA DE PAOLI BALBINO:

A autora, ora apelante principal, aforou a presente ação contra o réu, ora apelante adesivo, visando receber indenização por danos morais e materiais, decorrentes de erro em tratamento médico. Alegou que constatando um nódulo em sua mama direita, no dia 03.06.2002 fez uma consulta com o réu, e este pediu a realização de uma mamografia. Após a análise do referido exame, pediu à autora uma biópsia da mama direita que foi agendada para o dia 04.07.2002, pois não se dispunha da quantia cobrada de R\$150,00. Alegou ainda que o tratamento era pelo SUS e que a biópsia foi então remarçada para o dia 15.08.2002. Afirmou ainda a autora que nesse dia, o réu informou a ela que a biópsia não mais resolveria e que ela teria então que submeter-se à cirurgia com extirpação da mama, designando o dia 13.09.2002, para o ato cirúrgico. A autora consultou outro profissional, Dr. Marcelo Safatle, e este sugeriu que ela fizesse tratamento mais especializado no Hospital do Câncer de Barretos. Ao pedir a autora a guia de encaminhamento para o mencionado Hospital, o réu recusou, ao argumento de que o tumor era benigno. A autora consultou outro médico, Dr. Araújo, e este, entendendo ser grave o quadro, encaminhou a paciente ao referido Hospital do Câncer de Barretos, onde foi submetida à cirurgia com a extração da mama direita. Entende que houve negligência do réu, e que o fato acarretou danos ao seu patrimônio moral e material.

Citado, o réu, apelante adesivo, apresentou a contestação de f. 22/31. Pleiteou o indeferimento da inicial por ausência de valor da causa. No mérito, entende que o pedido inicial é improcedente por ausência de culpa. Afirmou que, se o exame fosse particular,

deveria a autora pagar a importância de R\$150,00, mas como era feito pelo SUS, que tem cota mensal do número de pacientes a serem atendidos, cada um deve aguardar sua vez. Acrescentou que antes da biópsia não tinha condições técnicas de aferir se o tumor era benigno ou maligno, razão pela qual não encaminhou a autora para hospital especializado. Acrescentou que não houve prova no sentido de ter a autora consultado com outros profissionais, e que as diferentes opiniões sobre diagnóstico e tratamento médico são naturais em ciências humanas. Afirmou ainda que entre a primeira consulta, 03.06.2002 e o tratamento especializado, decorreu um prazo de pouco mais de dois meses, no qual foram realizados vários exames. Rematou pedindo a improcedência do pedido inicial.

Pela r. sentença de f. 79/88, o pedido foi julgado improcedente por inexistir prova da culpa do réu.

Inconformada, a autora aviou o recurso de apelação de f. 89/92. Pleiteou a reforma da sentença ao argumento de que restou provada a culpa do réu.

Nas contra-razões de apelação de f. 93/98, o réu pugnou pela confirmação da sentença.

Também inconformado, o réu interpôs o recurso adesivo de f. 99/103. Pleiteou a reforma da sentença para elevar o valor fixado a título de honorários advocatícios.

Nas contra-razões do recurso adesivo (f. 106/108), a autora, apelante principal, pugnou pela confirmação da sentença hostilizada.

Conheço dos recursos porque presentes os requisitos de admissibilidade.

APELAÇÃO PRINCIPAL

No mérito, tem razão em parte a apelante, e a sentença merece parcial reforma, permissa venia.

Conforme consta dos autos, a apelante fez a primeira consulta médica com o apelado, por ter constatado nódulo em sua mama direita, em data de 03.06.2002, cujo fato é incontroverso.

Naquela data, o apelado prescreveu exame de mamografia, que foi realizado, constatando-se o nódulo, fato também incontroverso.

O laudo de mamografia extraviou-se (f. 56).

O apelado, então, sem indicar urgência, prescreveu exame de biópsia do nódulo, agendado para 04.07.2002 e a realizar-se na Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso. Como a apelante não podia pagar o exame particular, este foi reagendado para realização pelo SUS, em 15.08.2002 em esgotado o limite de exames tais pelo SUS em julho, sendo respeitada a fila de espera de outras pacientes (prova testemunhal de f. 59/67).

Comparecendo na data marcada e preparada para o exame, foi informada pelo apelado de que o exame nada mais adiantaria em razão da involução do quadro, que exigia cirurgia de retirada do nódulo, fato incontroverso nos autos. A cirurgia seria realizada em setembro.

Procurando outros médicos, estes recomendaram a cirurgia e a apelante alega que procurando novamente o apelado para o preenchimento da guia de encaminhamento para o Hospital do Câncer de Barretos, obteve a negativa do apelado, obtendo a guia com outro médico, sendo submetida a vários exames específicos em 30.08.2002 (f. 15 e 57) e submetida à cirurgia radical em 03.12.2002 (f. 57) com tratamento posterior de quimioterapia e radioterapia, em andamento (f. 57), sendo ela aposentada por invalidez (f. 17).

A apelante alega diminuição de renda e pede indenização por dano material, dano estético e dano moral. Estes os fatos.

Analisando as provas para aferição dos elementos exigidos pelo art. 159 do Código Civil de 1916, verifico o seguinte:

O quadro de câncer de mama em modalidade agressiva e de rápida involução ficou comprovado no laudo pericial de f. 57:

“Devido ao estadio avançado no momento do diagnóstico em Barretos, a equipe optou por fazer 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvantes (aquela que precede ao tratamento cirúrgico definitivo) e, embora tenha havido regressão parcial do tumor, houve necessidade de submeter a paciente a tratamento cirúrgico radical (mastectomia, com retirada da mama e dos gânglios axilares ipsilaterais ao tumor). Posteriormente ao tratamento cirúrgico, a paciente foi submetida a mais 7 ciclos de quimioterapia adjuvante (sucede á cirurgia) e a radioterapia do palstrão (aplicada no local onde havia a mama e axila), num total de 28 sessões.”

A cirurgia radical ficou provada no laudo pericial de f. 57, conforme exposto acima.

Os nefastos efeitos da cirurgia e do posterior tratamento, de longo prazo, são por demais conhecidos, como é público e segundo as regras de experiência comum.

Então, no caso, os danos morais e estéticos são incontestáveis, porque a perda da mama traz sérios transtornos psicológicos a qualquer mulher, pois a afeta tanto esteticamente, quanto sexualmente, além de acarretar desagradável aparência e repugnância aos olhos de terceiros.

A apelante, contudo, não fez prova do dano material, ou seja, redução da sua renda com aposentadoria, e se não há prova da redução da renda, nem sequer há de ser relegada para liquidação, porque na liquidação só se apura valor.

Logo, há comprovação apenas dos danos morais e estéticos.

Quanto à conduta do apelado, inicialmente é importante ressaltar que a responsabilidade médica é de ordem subjetiva.

Sobre o tema eis a precisa lição de Caio Mário da Silva Pereira, em Responsabilidade civil, 5. ed., 1995, Rio de Janeiro: Forense, p. 151:

“Embora o médico, como profissional, tenha por si a presunção de conhecimento e portanto a direção do tratamento, não se dispensa de orientar o enfermo ou as pessoas de cujo

cuidado este depende, a respeito de como proceder, seja no tratamento ambulatorial, seja no hospitalar, seja ainda no domiciliar. No caso da moléstia exigir a consulta de um especialista, ou uma intervenção cirúrgica, cumpra-se a indicação cabível e em tempo oportuno. Não se deve aconselhar, não se pode omitir a informação sobre os riscos no tratamento.”

Ensina sobre o tema, Luzia Chaves Vieira, em Responsabilidade civil médica e seguro, Belo Horizonte: Del Rey, 2001, p. 93:

“O médico no desempenho de suas funções não tem comprometido um determinado resultado, mas apenas exige-se-lhe que se conduza de certa forma tratamento com toda diligência e atenção necessárias ao bom resultado.

No caso do médico, especificamente, não há o compromisso de resultado, mas tão-somente o de proceder de acordo com as regras e os métodos da profissão, usando de todos os meios necessários para atingir uma finalidade. (...)

O que se exige do médico é a prestação de serviços conscienciosos, atentos, zelosos, a utilização de recursos e métodos adequados, e salvo circunstâncias excepcionalíssimas, de agir conforme as aquisições da ciência.

A responsabilidade médica surgirá quando o paciente demonstrar que o profissional agiu sob qualquer modalidade culposa: negligência, imprudência, imperícia ou ainda com dolo, incumbindo, em qualquer desses casos, a prova daquele que se disser prejudicado.”

Ainda é importante a lição de Carlos Roberto Gonçalves, em Responsabilidade civil, São Paulo: Saraiva, 2003, p. 360:

“Daí o rigor da jurisprudência na exigência da produção dessa prova. Ao prejudicado incumbe a prova de que o profissional agiu com culpa, a teor do estatuído no art. 951 do Código Civil verbis: “O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício da atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho

No mesmo sentido dispõe o art. 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação de culpa.”

(...) A prova da negligência e da imperícia, constitui na prática, verdadeiro tormento para as vítimas do desmazelo e do despreparo profissionais. Na maioria dos casos, os pedidos de indenização acabam denegados, por falta de provas de culpa.

(...) Ainda que se admita a natureza contratual do serviço médico, não se pode presumir a culpa do profissional, por envolver obrigação de meio e não de resultado. Sem a prova dessa culpa improcede ação de indenização.

No mesmo sentido ensina Rui Stoco, em Responsabilidade civil e a interpretação jurisprudencial, 4. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 287:

“Em resumo, o que importa na responsabilidade dos médicos é a relação entre a culpa e o dano para que possa haver direito à reparação; mas para maior apoio ao ofendido é preciso saber-se se o dano foi causado no inadimplemento de uma obrigação de meios ou, ao contrário, de resultado, pois neste último caso haverá a inversão do ônus da prova e a vítima da lesão ficará em posição mais cômoda.

(..) Dessa forma, a atividade médica tem de ser desempenhada da melhor maneira possível com a diligência necessária e normal dessa profissão para o melhor resultado, mesmo que este não seja seguido. O médico deve esforçar-se, usar de todos os meios necessários para alcançar a cura do doente, apesar de nem sempre alcançá-la.”

Com efeito, ao exame da prova produzida, pode-se afirmar que o apelado incorreu em culpa por negligência em sua atividade médica.

É que, conforme laudo pericial de f. 57/58:

“... O câncer de mama, pelas teorias mais modernas, surgiria numa única célula atípica e evoluiria a parte desta, com multiplicação celular a cada 120 dias (...) atingiria 1 mm de diâmetro quando estivesse com, pelo menos, 5-6 anos de “idade”, momento em que poderia ser detectado à mamografia mantendo essa velocidade de crescimento, atingiria 1 cm de diâmetro após 8 anos de seu surgimento, momento no qual poderia ser detectado pelo exame físico. Há, todavia, casos em que a velocidade de crescimento é mais acelerada, de acordo com a agressividade do câncer ...

Quanto mais avançado for um tumor, mais o risco de metastalizar, menores as chances de cura e a sobrevida e maiores a chance de recidiva e mortalidade. Além disso, quanto maior o estágio (classificação de quão avançado é) de um câncer, mais agressivas e menos eficazes tornam-se os tratamentos ...”

E prossegue:

“Quando se detecta um nódulo de mama, somente pode-se afirmar pela benignidade ou malignidade do caso com exame cito ou histopatológico, obtidos, especificamente, com punção aspirativa com agulha fina ou biópsia (com agulha grossa excisional ou incisional). Devem associar estes exames com o exame clínico e com exames de imagem (mamografia e/ou ultrassom) para diagnóstico do caso.

O comprometimento axilar é ainda o mais importante fator prognóstico do carcinoma de mama.

No caso apresentado, segundo informações colhidas com paciente, houve evolução rápida do caso, passando de um suposto estágio I (aquele tumor na mama até 2 cm, sem metástases axilares ou sistêmicas) a um inferido estágio III – A (tumor entre 2 a 5 e com gânglios axilares ipsilaterais coalescente). Baseio tais estádios nas informações da paciente e nos exames de mamografia e ultrassom das mamas encontrados no processo, porém extrapolado (...).

(...) Não disponho do exame físico da paciente na época e que percebeu o nódulo na mama e nem da mamografia... Também ressalto que não disponho dos exames anátomo patológicos das peças cirúrgicas (...).

Há, ainda, um dado muito importante sobre o caso, que consiste na presença da doença multifocal (laudo da ecografia das mamas com “neoplasia mamária multifocal à direita). É considerada contra-indicação relativa à realização de cirurgia conservadora da mama a presença de neoplasia multifocal. Além disso sabe-se que apenas 39% dos casos de câncer de mama apresenta neoplasia limitada ao tumor principal (...).

Baseado no que já colhido com a paciente, houve progresso do quadro enquanto aguardava diagnóstico. De forma geral, como dito antes, uma progressão poderia resultar em tratamento cirúrgico mais agressivo, aumento de morbidade, redução da sobrevida global da paciente (...).

Porém, o câncer mostrou-se multifocal, o que invariavelmente incorreria na realização de um tratamento cirúrgico radical (mastectomia).”

Pois bem. Conforme prova testemunhal à f. 61:

“(...) que o contato da depoente com a autora foi quando a acompanhou em atendimento na cidade de Barretos (...) que, se não se engana, o atendimento teria acontecido no mês de agosto de 2001 (...) que o médico contou que a autora teria que passar por uma biópsia urgente (...)”.

Fl. 63: “(...) que a autora também reclamou para a depoente que o requerido marcou e não realizou duas biópsias; que soube através de médicos, especialmente Dr. Tavani de Barretos, onde a depoente também tratou-se, que a demora no tratamento teria evoluído mais o problema da requerente; que o Dr. Tavani comentou que a cirurgia da autora deveria ter ocorrido antes (...)”.

F. 66: “(...) foi procurada pela autora para marcação de um exame; que respondeu à autora que ela teria que aguardar, já que havia um limite para o exame pelo SUS no mês; que a autora apresentou um pedido assinado pelo requerido; que no pedido de exame não havia nenhuma solicitação de urgência; que no caso da autora era uma biópsia de mama, isso quer dizer, previamente agendada; ... que quando o médico descreve a necessidade de urgência da cirurgia, independentemente do limite ela é feita;

Pois bem. Diz a sentença que a eventual demora na realização do exame de biópsia, não é fato de responsabilidade do requerido, haja vista tais exames serem elaborados através do SUS.

Contudo, ao prescrever o exame da biópsia, o réu não requereu a urgência que o caso requeria, quer na primeira marcação do exame, quer na segunda marcação, conforme prova testemunhal transcrita de f. 66.

Na segunda data marcada para o exame, o apelado, constatando a grande involução do quadro da apelante, prescreveu cirurgia e informou que já não mais adiantava a biópsia.

Veja-se que da primeira para a segunda marcação do exame decorreram poucos dias, como já anotado no relatório deste voto.

A indagação que se impõe seja feita, é se o quadro que já se apresentava na primeira consulta exigia pronto e urgente exame específico da paciente, e se a hipótese já se apresentava para cirurgia imediata dada a gravidade da doença e os indícios que já se apresentavam.

É que, sem dúvida, o apelado protelou a biópsia, conforme depoimentos de f. 61 e 63, e não requereu a urgência do exame, conforme f. 66, enquanto que o quadro da apelante involuía rapidamente, sendo que quando há indicação de urgência pelo médico o exame e a cirurgia não são realizados sem limitação pelo SUS, conforme depoimento de f. 66.

A resposta à indagação posta acima, portanto, e a meu aviso, é positiva, ou seja, houve, sim, negligência.

Isso porque, é dever do médico ginecologista conhecer cientificamente os sintomas do câncer de mama, como ele se apresenta na paciente, e como involui.

Na primeira consulta da apelante com o apelado, em junho de 2003, ela já apresentava nódulo palpável, de tamanho considerável, na mama direito (f. 2).

Daquele exame clínico, o apelado prescreveu mamamografia, que prontamente foi realizada e exibida ao requerido, tanto que ele agendou biópsia para 04.07.2002.

Com efeito, diante do exame clínico feito, e da mamografia, o apelado já reunia elementos suficientes, como explicita a perícia transcrita, à constatação da gravidade e à extensão do quadro da paciente.

É que, segundo o laudo pericial à f. 57, o câncer de mama com 5-6 anos já se detecta na mamografia, e o de 8 anos, com tumor de aproximadamente 1 cm já se detecta no exame físico, como foi o caso da apelante, havendo casos de crescimento mais acelerado, como foi o da apelante, cujo tumor atingiu 4 cm em pouco tempo (f. 15), já em 30.08.2002.

Que seja, tratava-se de um tumor agressivo.

Ora, se o caso já indicava cirurgia, a prescrição de biópsia já seria protelatória, a menos que se fizesse com urgência, porque com ou sem aquele exame a cirurgia necessária havia que ser realizada, conforme laudo pericial.

Só que, com toda a demora ocasionada, a cirurgia a que se submeteu a apelante foi a mais severa, ou seja, radical, isso sem dizer da agressividade dos tratamentos da quimioterapia e da radioterapia posteriores, quando a remoção do tumor poderia ter ocorrido sem a perda da mama direita, e com menor número de agressivas sessões de quimioterapia.

Note-se que em 30.08.2002 (f. 15), a apelada já apresentava na adenomegalia axilar à direita, linfonodos densos na axila, que segundo o laudo pericial (f. 57/58) é sinal característico e indubitável de câncer de mama, cuja ciência e diagnóstico tinha o apelado o

dever de conhecer. Ainda, segundo o laudo pericial, esse quadro aparente na axila já revela estágio bem evoluído da moléstia.

<http://conjur.estadao.com.br/static/text/35601,1>Revista **Consultor Jurídico**, 19 de junho de 2005 14:28

De acordo com estimativa da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), tramitam no Judiciário brasileiro cerca de 10 milhões de ações de indenizações por suposto erro médico.

Apesar de não ter números, o juiz titular da 18ª Vara Cível do Rio de Janeiro, Werson Rego, afirma que o número de processos contra os médicos e hospitais tem crescido, mas o percentual de erros não é maior do que anos atrás. O que acontece, diz, é que a mentalidade das pessoas mudou, pois elas estão mais conscientes e incentivadas pela legislação - principalmente pelo Código de Defesa do Consumidor - a buscar seus direitos. Além disso, ele afirma que, pelo fato de as pessoas que entram com ações encontrarem "eco no Judiciário", as demais acabam se animando a procurá-lo. Para Rego, a forma de os médicos se prevenirem de processos é utilizar o prontuário. "Os médicos têm que dar mais atenção aos prontuários, pois é através dele que poderá no futuro refutar acusações", diz.