João Baptista Opitz Junior

**Erro médico em cirurgia do aparelho digestivo:
Contribuição para o estudo das provas técnicas, periciais e
documentais e suas implicações jurídicas**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade da São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cirurgia do Aparelho Digestivo

Orientador: Prof. Dr. William Abrão Saad

**SÃO PAULO
2005**

“No mundo independente de profissão encontramos três tipos de seres humanos:

Os menos dotados que *erram* e fazem questão de nunca aprender;

Os inteligentes que erram e aprendem com os seus próprios erros; e

Os sábios que aprendem com os erros dos outros.”

João Baptista Opitz Júnior

Dedico esse trabalho

Aos meus pais “in memória”

A minha esposa Marta aos meus filhos

Neto, Fernando e Mariana,

Ao Mestre William Abrão Saad,

Pela paciência e carinho que tiveram comigo nos momentos de ansiedade, mau humor e irritação durante a execução desse trabalho.

Agradeço em especial aos meus pais João Batista e Janir “in memória”, que estiveram comigo em todas as paginas e inspirações deste trabalho, se não em carne e osso por vontade do Criador, mas em pensamento e exemplo de vida e a Deus que me deu a existência sem o que o sonho não poderia ter se tornado realidade.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o fruto da orientação e oportunidades que venho recebendo e, neste importante momento, manifesto minha gratidão aos amigos e mestres cujos ensinamentos e apoio, durante minha vida pessoal e profissional, foram indispensáveis para meu progresso.

Ao Prof. Dr. William Abrão Saad, pelos ensinamentos seguros e precisos, pelas portas sempre abertas e pela oportunidade concedida de poder aprender com um Mestre, amigo e grande ser humano, de incansável fôlego produtivo, de maneira singular consegue se tornar inesquecível para todos os seus discípulos estimulando-os a crescer e a continuarem pesquisando.

Ao Prof. Dr. Joaquim José Gama-Rodrigues, paradigma de profissional ideal, pelos ensinamentos precisos como médico e ser humano, capaz de aglutinar todos seus discípulos para um só ideal, minha eterna gratidão pelo apoio e atenção dispensados.

Ao Prof. Dr. Desidério Roberto Kiss, exemplo de capacidade profissional, liderança e incansável lutador pelo desenvolvimento dos preceitos e termos jurídicos em nosso meio. Desde a idealização, sua participação foi fundamental neste trabalho. Minha eterna amizade e admiração.

Ao Prof. Dr. Eleazar Chaib, exemplo de dedicação e perseverança, agradeço a amizade e os primeiros ensinamentos da minha carreira como pós-graduado, até hoje valiosos.

Ao Prof. Dr. Ivan Cecconello, pelas opiniões críticas na fase final deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Bruno Zilberstein, pela amizade, estímulo e colaboração constante.

À Myrtes Freire de Lima e Sandra Paixão, pela dedicação e atenção ilimitada aos alunos da pós-graduação.

Aos Magistrados e funcionários dos fóruns do Estado de São Paulo, pela paciência e compreensão nos momentos de pesquisa e coletânea de dados, sem o que não seria possível realizar este trabalho.

Aos funcionários do Instituto Paulista de Higiene, Medicina Forense e do Trabalho em especial ao Sr. José Marques Filho por sua importante colaboração.

SUMÁRIO

Resumo
Summary

1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISTA DA LITERATURA	06
2.1 – Manter a informação ao paciente e seus familiares do procedimento e limitadores do ato médico	06
- Conhecimento de sua própria doença	06
- Capacidade de entender seu problema	06
2.2 – Manter documental técnico jurídico científico desde o 1º atendimento até o processo	07
- Modelo de Prontuário Médico	08
2.3 – Preparo técnico jurídico do médico	11
2.4 – Processo independente do tempo de formação e especialização	30
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
3.1 – Casuística	33
3.2 – Métodos	33
3.2.1 – Análises	34
3.2.2 – Critérios de inclusão	36
3.2.3 – Análise estatística	36

4. RESULTADOS	40
4.1 – Do bom relacionamento médico paciente (mesmo durante a demanda)	40
- Quebra da relação médico paciente	40
4.2 – De manter a informação ao paciente e seus familiares do procedimento e limitadores do ato médico	41
4.2.1 - Existência de consentimento informado nos autos como prova de defesa	41
4.2.2 - Casos com consentimento informado considerados pela justiça	42
4.3 – Análise de prontuários médicos e documental, juntados aos autos	42
4.3.1 - História clínica completa dos prontuários juntados aos autos	42
4.3.2 - Exame físico completo dos prontuários juntados aos autos	43
4.3.3 - Letra legível nos documentos médicos dos prontuários juntados aos autos	43
4.3.4 - Evolução clínica diária nos prontuários juntados aos autos	44
4.3.5 - Identificação e/ou carimbo dos profissionais que atuaram nos prontuários juntados aos autos	44
4.3.6 - Descrição sobre investigação de processos alérgicos nos pacientes constantes dos prontuários juntados aos autos	45
4.3.7 - Descrição cirúrgica legível nos prontuários juntados aos autos	45

4.3.8 - Descrição cirúrgica sumária com descritivo do ato cirúrgico específico nos 80% legíveis dos prontuários juntados aos autos	46
4.3.9 - Visita prévia do anestesista com descritivo pré-anestésico nos prontuários juntados aos autos	46
4.3.10 - Prescrição médica de acompanhamento pós-cirúrgico com mais que 24 horas sem evolução nos prontuários juntados aos autos	47
4.3.11 - Alta médica hospitalar antecipada com medicação ministrada pós-alta pela enfermagem, descritas nos prontuários juntados aos autos	47
4.3.12 - Descrição das condições de alta no dia da saída do paciente do hospital nos prontuários juntados aos autos	48
4.4 – A abertura do processo, depende do tempo de formado e especialização do profissional	49
- Análise da qualificação do profissional envolvido nas ações	49
5. DISCUSSÃO	
- Importância do bom relacionamento médico paciente (mesmo durante a demanda)	51
6. CONCLUSÕES	55
	49

7. ANEXO

Resumo de Casos	57
1°: Perfuração intestinal em cirurgia de ovário	57
2° : Não se verificou a existência de hemorragia abdominal no atendimento de Pronto-Socorro	57
3° Infecção generalizada decorrente de cirurgia para retirada de tumor no intestino, com presença de corpo estranho	58
4° Perfuração intestinal decorrente de cirurgia plástica	58
5° Durante ato cirúrgico, paciente sofreu choque hipovolêmico com parada respiratória	58
6° Paciente tratado com diagnóstico de doença vascular, descobrindo-se durante ato cirúrgico tumor metastático pós-abdômen agudo	59
7° Cirurgia de correção de hérnia inguinal com esquecimento de agulha intra-operatória	59
8° Paciente com choque anafilático intra-operatório por injeção endovenosa	60
9° Paciente operado de úlcera gástrica. Faleceu de hemorragia interna	60
10° Laparotomia exploradora pós recanalização de trompa por hemorragia interna	60
11° Presença de corpo estranho com peritonite e septicemia em cirurgia de correção de hérnia de hiato	61
12° Abdômen agudo por deiscência de anastomose intestinal	61

13° Inobservância de tumor intestinal em laparotomia exploradora	62
14° Perfuração de bexiga em extirpação de tumor pélvico	62
15° Retirada cirúrgica de cálculo renal com perfuração intestinal	62
16° Laparotomia exploradora negativa em paciente com psoíte	63
17° Seqüela vegetativa, decorrente de choque por sangramento intra-operatório	63
18° Perfuração de esôfago por exame de endoscopia digestiva	64
19° Cirurgia de urgência por rotura de sutura em colecistectomia	64
20° Infecção hospitalar pós-cirurgia de colon	65
21° Cirurgia endoscópica de colicistectomia que transformou-se em convencional (céu aberto)	65
22° Paciente chocou em cirurgia de esplenectomia	65
23° Erro de diagnóstico patológico intra-operatório em biópsia de congelação	66
24° Seqüela por secção de nervo vago em esofagoduodenoplastia	66
25° Corpo estranho (agulha) em abdômen por cirurgia de vesícula (colecistectomia)	67

26° Paciente em casa, teve mal súbito decorrente da alta precoce em cirurgia laparoscópica	67
27° Ferimento por arma de fogo, com morte do paciente	67
28° Agravamento do quadro pós-cirúrgico após insistentes solicitações da presença do médico ao hospital, sem êxito	68
29° Óbito por hemorragia, em cirurgia de hemorróidas, sem exames pré-operatório	68
30° Colostomia por anastomose incorreta de cirurgia de intestino	69
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

RESUMO

OPITZ JR, J.B. **Erro Médico em cirurgia do aparelho digestivo:**
Contribuição para o estudo das provas técnicas, periciais e documentais e suas implicações jurídicas. São Paulo, 2005. 92p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Neste trabalho foram analisados trinta processos judiciais, que tramitam pelos Fóruns Regionais Cíveis de São Paulo, capital e interior e Instituições Periciais da Capital.

Fez-se as extrações individualizadas de cada processo, objetivando definir as principais causas e documentos juntados ao mesmo e consequências de cada condição.

Iniciou-se pela importância prática do tema para efeito de evolução médico-social.

Buscou-se estudar a visão da relação médico-paciente, mesmo durante a demanda, a informação ao paciente e seus familiares dos procedimentos e limitadores do ato médico; o documental técnico jurídico juntado ao processo; o preparo técnico-jurídico do médico e, se, a propositura de ação depende da formação e especialização do profissional.

Foram analisados processos judiciais de primeira instância no período de 1996 a 2002 correlacionados à cirurgias do aparelho digestivo.

Usou-se como parâmetro de análise exclusivamente os documentos juntados aos autos onde buscou-se a existência clara da quebra da relação médico-paciente, a existência de consentimento informado, a verificação do documental juntado à defesa pelas partes ou solicitação judicial e a qualificação do profissional envolvido nas ações.

Finalmente, analisados os resultados, chegamos a conclusão que a melhor forma para profilaxia da ação cível indenizatória por erro médico é:

- a boa relação médico-paciente;
- a manutenção de prontuário médico preenchido, legível, com carimbo e assinatura;
- o consentimento informado, que, deve ser elaborado, porém, por si só não é suficiente; e
- a condição técnico curricular do profissional não é fator atenuante para propositura da ação.

SUMMARY

OPITZ JR, J.B. **Medical malpractice in digestive system surgeries:** A contribution to the study of technical, expert, and documentary evidence and its legal implications. São Paulo, 2005. 92p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Thirty legal proceedings, which are in progress before the Regional Civil Courts both the Capital and the countryside of the State of Sao Paulo, Brazil, besides Examination Institutions in the Capital city of Sao Paulo, have been analyzed in this work

Individual excerpts of each case were taken with the purpose of defining the main causes and documentation attached to them as well the consequences of each condition.

The practical importance of the subject for the medical-social evolution has been addressed in the first place.

The physician/patient relationship view was sought to be studied, even during the claim, as well as the information of the medical procedures and limitations to the patient and his or her family; the technical/legal documentation attached to the case; the physician's technical/legal preparation and whether the filing of the action depends on the professional's education and specialization.

Trial court cases from 1996 to 2002 related to digestive system surgery have been analyzed.

The analysis subject hereof has been based exclusively on the documents attached to the case record, where attempts have been made to evidence the clear existence of the breach of the physician/patient relationship, the existence of informed consent, the examination of the documentation attached to the defense by the parties or court request, and the qualification of the professional involved in the actions.

Finally, after the results have been analyzed, a conclusion was reached that the best way of avoiding a civil action for damages due to medical malpractice includes:

- a good relationship between doctors and patients;
- keeping the patient record completed, legible, stamped, and signed;
- informed consent, which must be prepared but it is not sufficient on its own; and
- the professional's technical experience and background do not constitute a mitigating circumstance for filing the action.

1 – INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Importância Prática do Tema

A preocupação dos indivíduos em relação aos erros médicos não pode ser considerada atual. Desde remotas épocas, o homem já apresenta seu manifesto interesse pelo tema, principalmente na tentativa de regular e controlar o exercício profissional médico, prevenindo a ocorrência de erros através da aplicação de sanções administrativas, civis e penais.

Entretanto, forçoso ressaltar que os erros médicos, no mundo inteiro, estão ficando cada vez mais graves e constantes, ou, pelo menos, sua constatação e divulgação estão muito mais intensas. São eles cometidos de todas as formas e mínimos são seus controles e prevenções, além da ausência de divulgação estatística.

Para se ter uma idéia, só nos Estados Unidos (diga-se de passagem, país mais rico do mundo), morrem anualmente cerca de 180.000 pessoas vítimas de erros médicos. O prejuízo financeiro decorrente do problema custa aos EUA cerca de 4 bilhões de dólares anuais. Esses dados foram coletados e distribuídos pela Secretaria Nacional de Saúde Americana e pela American Society of Health-System Pharmacists. Através de uma pesquisa telefônica detectaram que, 3 em cada 10 pacientes já sofreram algum tipo de erro médico.

Esses dados foram obtidos através de nossa solicitação à Secretaria Nacional de Saúde Americana e à empresa de dados Parker & Waichman Attorney's At Law.

No Brasil, onde impera a falta de estatísticas, o que estaria acontecendo? Quantos milhares já morreram ou morrem por ano? Quantos já sofreram ou ainda sofrem com algum tipo de erro médico?

Só em matéria de infecção hospitalar, temos uma triste realidade, ainda que estimada: de cerca de onze milhões de pacientes internados no S.U.S em 1998, mais de um milhão e meio de pacientes foram acometidos pela infecção hospitalar.

Como bem salientou o Prof. Dr. William Abrão Saad, Prof. Associado do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo e Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Sarocaba, no prefácio de nossa última obra publicada sobre o assunto, *“a preocupação orientada à saúde e a higidez física e mental, penetrando nas áreas da intimidade e privacidade humana é própria do atuar médico, que, em contrapartida, deve estar submetido em seu comportamento profissional, à normatização protetiva desses direitos primários e que exigem tutela específica e ampla. De tudo resulta, que o dano físico ou psíquico ocasionado pelo atuar médico só se legitima pelo procedimento, que deve se apresentar necessário e detalhadamente documentado. **O domínio desse procedimento, ou seja, da técnica, embasada no conhecimento***

científico, é fator essencial à exoneração da responsabilidade. Na escolha do processo terapêutico, não há dúvida que o médico tem liberdade para empregar, em cada caso, aquele que entenda mais adequado. A liberdade não só significa que o indivíduo tenta a oportunidade e responsabilidade de escolha, mas também, que deve suportar as conseqüências de suas ações e receber penalidades ou censuras por elas.” (grifo nosso).

Sob o aspecto social, constata-se que o consumidor brasileiro rapidamente se conscientizou dos direitos e prerrogativas que lhe cabiam. Em curto espaço de tempo, passou a exigir o cumprimento de obrigações e indenizações por parte do fornecedor de produtos e serviços, que passaram a ser objeto de incontáveis ações de reparação de danos, isto é, de Responsabilidade Civil e Criminal. Nesse universo amplo e heterogêneo de profissionais prestadores de serviços, a figura impar do médico se destaca. Entre outras razões, pelo fato de ele ser o que mais diretamente cuida dos bens maiores do ser humano: sua vida e sua saúde.

Hoje, quando frias e insensíveis baterias de exame laboratoriais se sobrepõem à antiga consulta médica – detida, atenta a personalização – não é de admirar que ocorra o desprestígio da classe e a desumanização das relações entre médico e paciente. Nem que este último se torne cada vez mais “impaciente”, a ponto de ajuizar violentas ações contra aquele que, em princípio, seria seu maior benfeitor!

Nosso objetivo é estudar a importância:

- I. Do bom relacionamento médico paciente (mesmo durante a demanda).**
- II. Da informação ao paciente e seus familiares do procedimento e limitadores do ato médico.**
- III. Do documental técnico jurídico científico desde o 1º atendimento até o processo.**
- IV. Do preparo técnico jurídico do médico.**
- V. De que se a propositura de processo depende da formação e especialização do profissional.**

2 – REVISTA DA LITERATURA

2. REVISTA DA LITERATURA

2.1 – Manter a informação ao paciente e seus familiares do procedimento e limitadores do ato médico

Conhecimento de sua própria doença

O problema do conhecimento da doença por parte do paciente é tratado pelo próprio Código de Ética Médica (1988), no capítulo Relação com paciente e familiares. O art. 59 afirma que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, no caso, ser feita a seu responsável legal.

Capacidade de entender seu problema

O paciente deve conhecer o seu problema, sabendo do seu caso tudo o que é importante. O médico deve sempre explicitar ao paciente em linguagem clara, de maneira simples e para ele compreensível, o fundamento da doença e, principalmente, ter a convicção de que ele entendeu a sua evolução natural e o que se espera com o tratamento indicado. É muito importante o médico ter sempre em mente que *quem deve decidir o que deverá ser feito é sempre o próprio paciente* ou, no caso de ser este incapaz, por ser criança ou por outros impedimentos, o

seu responsável legal ou mesmo o parente mais próximo que o estiver acompanhando. Nesse aspecto ainda, o Código deixa bem claro, no art. 56, ser vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida. Essa disposição lança uma pesada carga sobre os ombros do médico. Acrescenta-se ainda o fato de que a urgência dessas circunstâncias, às vezes, impede até mesmo a execução de certos exames complementares, não sendo pedidas documentações úteis para o momento e para a comprovação posterior do diagnóstico. Seus familiares devem participar da sessão de esclarecimento para que auxiliem o paciente a pensar. A decisão principalmente no caso do tratamento cirúrgico, deverá partir de um *conselho de família*. Não cabe ao médico induzir ou forçar este ou aquele tratamento. Quando a dúvida for muito grande, o médico deve permitir que os familiares ouçam outros colegas, (segunda opinião) exigindo porém, no caso de o paciente estar internado, que se faça *conferência médica*.

2.2 – Manter documental técnico jurídico científico desde o 1º atendimento até o processo

É fundamental a importância do documental do doente bem elaborado, tendo um registro sistemático de seus dados, visto que, o

prontuário médico é o registro feito pelo médico de todos os comemorativos feitos no paciente, que conforme visão do Prof. Dr. Irary Novah Moraes existe um modelo, que se entende como de menor risco para arquivamento.

O roteiro possibilita ao médico fazer o registro sistematizado e completo de seus casos.

Modelo de Prontuário Médico

1. Anamnese

Identificação.

Queixa e Duração (QD)

Historia Pregressa da Moléstia Atual (HPMA)

Interrogatório sobre os Diferentes Aparelhos (ISDA)

Antecedentes Pessoais (AP)

Antecedentes Hereditários e Familiares (AHF)

2.- Exame Físico Geral

3.- Exame Especial

Cabeça

Pescoço

Tórax

- **Aparelho Respiratório**
- **Aparelho Cardiocirculatório**
- **Mamas**

Abdome

- **Inspeção**
- **Palpação**
- **Percussão**
- **Ausculata**

Região Perineal, ânus e reto

- **Toque anorretal**

Órgãos Genitais

- **Masculinos**
 - **Pênis**
 - **Escroto**
 - **Testículo e Epidídimo**
 - **Próstata**

- **Femininos**
 - **Vulva e Períneo**
 - **Órgãos genitais internos**

Coluna Vertebral

Membros Articulares

Sistema Vascular Periférico

- **Artérias**
- **Veias e Linfáticos**
- **Linfáticos**

Sistema Nervoso

- 4. Exames Subsidiários**
- 5. Diagnóstico(s) provável(eis): nosológico, etiológico, anatômico e funcional**
- 6. Conduta**
- 7. Prognóstico**
- 8. Evolução**
- 9. Se o paciente estiver internado ao receber alta ou se for ao óbito, o médico deverá relatar detalhadamente as condições que ocorreram.**

2.3 – Preparo técnico jurídico do médico

Tem-se que concordar com o que diz Hildegard Taggesell Giostri, em seu livro *Erro Médico à Luz da Jurisprudência Comentada* pois, fora de dúvida, a responsabilidade no erro médico segue os mesmos ditames gerais da responsabilidade civil genérica, ou seja, é obrigação de quem, consciente e capaz, praticar uma conduta, de maneira livre, com intenção de fazê-lo ou com simples culpa, ressarcir obrigatoriamente os prejuízos decorrentes do seu ato.

Mas, em se tratando de responsabilidade civil no erro médico é indispensável uma prova inequívoca de que houve culpa no proceder do médico. É atribuição do paciente (autor, vítima) fazer prova de que o

profissional médico laborou com culpa. Isso porque o Código Civil Brasileiro, em seu artigo 1545 (e art. 159 do mesmo Código), adotou a teoria subjetiva – teoria da culpa - que depende da presença de culpa no agir do agente causador do dano, no caso, o médico. Daí a definição de erro médico dada por Júlio Cezar Meirelles Gomes e Genival Veloso França em sua obra “Erro Médico”:

“Erro Médico é a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência”.

A imperícia, a imprudência ou a negligência, estando presentes em um ato médico que cause dano a um paciente, caracterizam a presença de culpa. Mas essa culpa tem que ser provada pelo paciente, é seu o ônus da prova. Como diz Miguel Kfoury Neto: “Segundo a teoria subjetiva, esboçada pelo nosso Código Civil especialmente em seus arts. 159 e 1.545, à vítima incumbe provar o dolo ou culpa stricto sensu do agente, para obter a reparação do dano”. Sobre isso, é conveniente acrescentar o que diz A. Siqueira Montalvão: “Para a caracterização da culpa médica, basta a simples voluntariedade de conduta, sendo portanto a intenção desnecessária, pois, a culpa ainda que levíssima obriga a se indenizar”. Mesmo que, em se tratando de vida humana, não se admite culpa “pequena ou levíssima”, sem a prova desse elemento subjetivo da responsabilidade civil, a culpa, tudo há de ser debitado ao infortúnio.

Nesse sentido também comenta Vera Maria Jacob de Fradera:

“A consideração da natureza da responsabilidade médica como contratual não tem como efeito tornar presumível a culpa. É ao paciente, ou, se for o caso, a seus familiares a que incumbe demonstrar a inexecução da obrigação, por parte do profissional. Provada a culpa do profissional com relação aos cuidados dispensados ao doente, será aquele constrangido à reparação do dano causado”.

Essa culpa, emergindo do artigo 1545 do Código Civil pátrio que abraçou a teoria da culpa, no que se refere a médicos, consiste num agir ou não agir consciente, voltado à busca de um resultado determinado (é um querer deliberadamente realizar certa conduta) ou quando a imprudência, imperícia ou negligência estiverem presentes nos atos desses profissionais. A negligência, do latim *neglegentia* (de *neglegera*) tem característica omissiva – é um ato de omissão aos deveres que um caso exigir – seria uma abstenção do comportamento indicado para aquela situação – um não agir (inação, inércia, indolência, preguiça psíquica); a imprudência, do latim *imprudentia*, tem característica comissiva – é um ato precipitado, intempestivo, irrefletido – seria um agir sem a cautela necessária no caso; a imperícia, do latim *imperitia* (de *imperitus*), se caracteriza por um agir sem conhecimentos técnicos suficientes ou com má aplicação dos conhecimentos que possuir – seria uma falta de maestria na profissão – é um agir incompetente, inábil. Uma dessas formas de culpa deve estar no agir do médico, em caso de erro, como diz o acórdão: “Para efeito de responsabilização por erro médico, é

cedição que a culpa, em uma de suas formas tradicionais, há que ficar devidamente comprovada”.

Ensina Miguel Kfoury Neto:

“Não é propriamente o erro de diagnóstico que incumbe ao juiz examinar, mas sim se o médico teve culpa no modo pelo qual procedeu ao diagnóstico, se recorreu ou não, a todos os meios a seu alcance para a investigação do mal, desde as preliminares auscultações até os exames radiológicos e laboratoriais – tão desenvolvidos em nossos dias, mas nem sempre ao alcance de todos os profissionais – bem como se à doença diagnosticada foram aplicados os remédios e tratamentos indicados pela ciência e pela prática”.

É o que acontece no erro profissional, pois sendo o erro, intrínseco às insuficiências da profissão médica e às características do ser humano, como paciente, o erro existe e acontecerá. Nesse caso não pode a culpa pelo mesmo ser imputada ao médico. É escusável tal erro – e invencível. Há que se diferenciar entre um erro que resulte de algo imprevisível, tendo o médico, cômico de seus deveres, atuado com as precauções devidas, dentro do razoável para as circunstâncias, que pode-se chamar de erro honesto, daquele erro que vem acompanhado da culpa – erro culposo - resultando em lesão aos direitos do paciente, que teriam sido evitados com uma atitude profissional competente, ou seja, não caracterizada pelo agir com imprudência, negligência ou imperícia.

Compete ao juiz, pois, verificar se houve culpa e, sobre isso, é conveniente lembrar o que diz, em seu livro, Suzana Lisbôa Lumertz: “Não é preciso que a culpa do médico seja grave: basta que seja certa”. Tem que haver certeza na presença de culpa, no agir do médico como, também, assevera o acórdão: “A atribuição de responsabilidade e condenação por erro médico exige elementos objetivos e seguros e não meras possibilidades ou conjecturas de que males que surgem após a intervenção médica sejam frutos dessa intervenção”.

Esse agir culposo do médico necessita do nexo causal, ou seja, deve ser o causador do dano ao paciente. Assim, tem-se os três pressupostos da responsabilidade civil, no caso, do médico, o ato lesivo (culposo), o dano e o nexo causal. Esses, quando ocorrem juntos, geram a obrigação de indenizar. Na falta de um deles, no caso o nexo causal, não há porque haver indenização, como bem ilustra o acórdão em sua ementa:

“APELAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A AÇÃO DO MÉDICO E O RESULTADO. Ausente o nexo causal entre a ação e o resultado, resta afastada a responsabilidade civil do médico. Apelo desprovido”.

Também nesse sentido há o acórdão: “Entendo, assim, não ter agido com culpa o demandado em qualquer de suas formas. O nexo causal está ausente”.

A teoria da *res ipsa loquitur*, ou *in re ipsa* ou “de que a coisa fala por si mesma” é aplicada quando ocorre prejuízo, por fatos que não causariam dano, a não ser que o agente lesante tenha obrado com culpa (qualquer forma). Nesses casos o juiz – diante da evidência de erro médico (podendo até mesmo serem dispensados os peritos) – chega à ilação e admite a culpa do profissional, como uma evidência circunstancial, de que tal fato não teria acontecido sem a culpa do médico. Isso ocorre, por exemplo, em caso de morte do doente ou amputação de um membro.

Há, assim, presunção de culpa contra o médico, conforme o seguinte acórdão:

“APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE MÉDICA. OFTALMOLOGISTA. CIRURGIA ELETIVA DE CORREÇÃO DE MIOPIA. SUBSEQÜENTE PERDA DA VISÃO. APLICAÇÃO DA DOCTRINA DA CULPA IN RE IPSA. DANOS MATERIAIS E MORAIS. Merece ser acolhida pretensão de indenização (por gastos médicos e de terapia psicológica) e de reparação (por dano moral) de quem submetendo-se a cirurgia de eleição, para correção de deficiência em um dos olhos, vem a obter, como resultado, a perda de visão. Ainda que se não flagre aí uma obrigação de resultado, inegavelmente dessa se aproxima à denominada cirurgia funcional, merecendo ser responsabilizado o médico que, por razões insuficientemente comprovadas, não só não logra êxito - que não lhe era exigido - mas termina por deixar o paciente em situação

extremamente pior do que se encontrava anteriormente, pois sem visão justamente no olho operado. Merece prestígio, em casos que tais, a doutrina da culpa *in re ipsa*, na medida em que o sistema de responsabilidade civil do médico é o da responsabilidade subjetiva (art. 1545 do Código Civil)”.

Também tem por objeto a avaliação da culpa a teoria da “perda de uma chance” (*perte d’une chance*) . Admite-se, nessa teoria, que a culpa do médico tenha comprometido as possibilidades de viver do paciente ou a sua integridade. O juiz não precisa estar convencido de que o prejuízo – lesão – ao paciente foi causado por culpa do médico, pois, segundo essa teoria, é necessário apenas à dúvida de que isso aconteceu por culpa do médico. Há, assim, aqui também, presunção de culpa contra o médico. Os tribunais aceitam o nexo causal existente entre dano e culpa, pois ela se constitui no fato de não ter dado o médico todas as oportunidades ao paciente. O doente não teve todas as chances a que tinha direito de se recuperar. A referida teoria tem sua aplicação, em nossos Tribunais, bem demonstrada através da transcrição da ementa de acórdão que tem por relator conhecido jurista gaúcho:

“Responsabilidade civil. Falha do atendimento hospitalar. Paciente portador de pneumonia bilateral. Tratamento domiciliar ao invés de hospitalar. Perda de uma chance. É responsável pelos danos, patrimoniais e morais, derivados da morte do paciente, o hospital, por ato de médico de seu corpo clínico que, após ter diagnosticado pneumonia

dupla, recomenda tratamento domiciliar ao paciente, ao invés de interná-lo, pois, deste modo, privou-o da chance (perte d'une chance) de tratamento hospitalar, que talvez o tivesse salvo. 2. Apelação provida. voto vencido”.

A teoria da culpa nem sempre é conveniente na abordagem do médico em sua atividade como profissional liberal, conforme nos explica Oscar Ivan Prux:

“A teoria da culpa não é adequada para ser aplicada em todos os casos de responsabilidade civil de ordem pessoal dos profissionais liberais”. Nas obrigações “de resultado”, ela se revela inadequada e, nas agressões aos direitos dos consumidores que são perpetradas através de condutas e práticas de mercado (na oferta, na propaganda enganosa, na cobrança de dívidas, no uso de práticas e cláusulas abusivas) ela se revela além de inadequada, quase impertinente.

Exemplo: por dispositivo expresso do Código de Defesa do Consumidor (art. 38), havendo publicidade/propaganda que seja enganosa, quem tem de provar a veracidade da mesma é o fornecedor, logo a teoria subjetiva fundada na demonstração antecipada da culpa por parte de quem acusa, revela-se, nesse caso, ser totalmente inadequada até impertinente”.

No atual Código Civil Brasileiro, a teoria da culpa é mantida. Nota-se porém, a supressão do art. 1545 do Código Civil Brasileiro vigente, tendo a responsabilidade civil no erro médico, nesse Projeto, seu

regramento englobado na legislação geral da responsabilidade civil. Nele os artigos que tratam deste assunto são: arts. 929 a 945, que regram a obrigação de indenizar e os arts. 946 a 956, os quais tratam da indenização nos casos de responsabilidade civil. O Senado Federal, ao analisar o Código Civil, no parecer de nº 842, de 1997, esquematizou o tema da seguinte maneira: “Parte Especial Livro I - Do Direito das Obrigações, Capítulo I – Da Obrigação de Indenizar, arts. 926 a 942 e Capítulo II – Da Indenização, arts. 943 a 953”.

Nota-se, pela leitura do Código Civil, uma preocupação em aumentar a amplitude do conceito de dano – prejuízo – abrangendo também o dano moral. A etimologia do vocábulo dano, vem de *demere* que significa tirar, apoucar, diminuir. Assim, classicamente, seria como uma diminuição do patrimônio, tanto do ponto de vista material, como do ponto de vista moral.

Para satisfação do dano, na responsabilização do profissional médico na área civil, tem que ser feita prova da sua culpa. Mas há necessidade de lesão, pelo ato médico – nexo de causalidade - a um bem jurídico, contrariando assim o princípio: *neminem laedere*. As provas têm a função de fazer emergir esse liame. Tem que haver relação de causa e efeito entre o agir do médico e o dano verificado. Pelo Código Civil pátrio, somente os danos diretos e efetivos são passíveis de serem ressarcidos pelo causador do *damnum*. É necessária uma conduta com culpa em sentido estrito – e a previsibilidade (evitabilidade do procedimento

antijurídico) constitui o ponto nuclear da culpa - sendo com esse proceder violada uma norma com um conseqüente resultado lesivo. Não havendo *damnum*, não haverá lugar para configuração de delito, salvo se a conduta do médico, por si só, já é prevista como fato punível. Caso contrário, para se configurar o delito precisa acontecer à transgressão ao dever de, na vida de relação, evitar danos a interesses e bens alheios. O agir com imperícia, imprudência ou negligência é a ação delituosa que a norma proíbe no caso de erro médico.

Há necessidade de ressarcimento de dois tipos de dano: a saber, o patrimonial e o moral. O Código Civil vigente refere-se às perdas e danos que nada mais são que os prejuízos decorrentes, para o paciente, do erro médico. A palavra dano tem significação ampla no Código Civil Pátrio atual, abrangendo tanto os danos materiais (lesão aos direitos reais e pessoais), como os danos morais (direitos da personalidade e da família). Nesses está incluído, como espécie, o dano estético. Se qualquer desses danos ocorre, por erro médico, há necessidade de averiguar-se qual a repercussão econômica negativa que causaram ao paciente – vítima do erro médico. Sendo o dano material (incluindo o dano emergente e os lucros cessantes), será indenizável pelo valor da detrimência no patrimônio do paciente. Sobre os lucros cessantes, diz Jurandir Sebastião: “Perspectivas de ganho futuro ou lucro potencial, hipotético e aleatório, não são contempladas”.

O dano moral ficou, a partir da Constituição Federal de 1988, admitido explicitamente no art. 5º, inciso X, e será o valor da indenização determinado em juízo. Ensina-nos José de Aguiar Dias: “Ora, o dano moral é o efeito não patrimonial da lesão de direito e não a própria lesão, abstratamente considerada”. É conclusivo o que diz Miguel Kfoury Neto: “O dano moral puro gera obrigação de reparar à luz do art. 159, do C.C., que não distingue entre direitos patrimoniais e não patrimoniais”.

Excluem a responsabilidade do médico o caso fortuito e a força maior, a interferência de terceiros, agindo com dolo ou culpa e não estando subordinados ao médico e a conduta com culpa do paciente, alterando assim, essas situações citadas, a relação de causalidade. Se houver culpa exclusiva do paciente a relação de responsabilidade, envolvendo o médico, desaparece.

Em caso de culpa concorrente – médico e paciente – não vai haver exclusão da responsabilidade, mas cada uma das partes, envolvidas no atendimento médico, vai responder por uma parcela da culpa que lhe couber. A responsabilidade vai ser bipartida entre o profissional médico e seu cliente. Nesse caso, o dever de indenizar, por parte do médico, pode diminuir, se o paciente contribuiu para a produção do evento danoso. Isso pode acontecer, por exemplo, no caso de o paciente não seguir as orientações médicas ou omitir ao médico informações importantes. O concurso de culpas caracteriza uma concorrência de responsabilidades que justificam uma diminuição do valor da indenização – princípio da

indenização proporcional nos casos de responsabilidade concorrente. Não consta no atual Código Civil, mas o Projeto do Código Civil, que tramita no Congresso, explicitou o princípio em seu artigo 947: “Se a vítima tiver concorrido culposamente para o evento danoso, a sua indenização será fixada, tendo-se em conta a gravidade de sua culpa em confronto com a do autor do dano”. Esse princípio se explica pela análise através da teoria da causalidade adequada, ou seja, o que é levado em consideração é o grau de causalidade bilateral – cada um é responsabilizado apenas pela parcela do *damnum* da qual foi o causador. Por ter força jurídica, por lógico e justo, a aplicação desse princípio da indenização proporcional, mesmo ausente no atual direito positivo brasileiro, tem aplicabilidade na prática judiciária. Portanto, a conduta do paciente é considerada na avaliação da culpa, como afirma o acórdão: “Por óbvio tudo pode ser afastado ao longo do feito, posto que vários fatores haverão de ser examinados, desde a conduta dos agravados como também a cooperação positiva ou negativa da paciente para sua recuperação”.

Ementa

CIVIL. **RESPONSABILIDADE CIVIL. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS.** Quem se compromete a prestar assistência médica por meio de profissionais que indica, é responsável pelos serviços que estes prestam. Recurso especial não conhecido.

RECURSO ESPECIAL Nº 138.059 - MINAS GERAIS (1997/0044326 - 4)

MIN. AP PARGENDIJER

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
LTDA

As razões do recurso especial sustentam que UNIMED de Belo Horizonte — Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. é parte ilegítima para figurar no pólo passivo da ação de indenização proposta em virtude de danos resultantes de erro médico e ainda que os honorários de advogado foram mal arbitrados.

Conforme ficou decidido no REsp 164.084, da relatoria do eminente Ministro Aldir Passarinho Junior, “A prestadora de serviços de plano de saúde é responsável concorrentemente, pela qualidade do atendimento oferecido ao contratante em hospitais e por médicos por ele credenciados, aos quais aquele teve de obrigatoriamente se socorrer sob pena de não fruir da cobertura respectiva” (DJU 17.04.00).

Assim, também, no direito argentino, conforme dá conta Ricardo Luis Lorenzetti, in verbis: “... la sociedad que se compromete a prestar asistencia médica a sua asociados a través de los médicos que proporciona, y no de otros, es responsable por el servicio que éstos presten, de modo que si obran com culpa o negligencia, debe satisfacer al paciente abonando los daño y perjuicios que tal actitud le haya ocasionado, ello por aplicación analógica del artículo 1631 Código Civil,

amén de tratarse, em el caso, de uma obligación concurrente” (La Empresa Médica, Rubinzal – Culzoni Editores, Buenos Aires, 1988, p. 99).

No mais, a jurisprudência firmada no âmbito dos tribunais no sentido de que, se o pedido de indenização por dano moral refere quantia determinada, e a sentença só o acolhe em parte, caracterizada está a sucumbência recíproca, não se aplica à espécie.

E vale-se ainda, do Direito Comparado, com a citação supra, do artigo 1631 do Código Civil Argentino, análogo ao artigo 867 do CC brasileiro, combinado com os artigos 3 e 14 do Código de Defesa do Consumidor

Art. 3 - *Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou **prestação de serviços**.*

Parágrafo primeiro: *Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial*

Parágrafo segundo: *Serviço é qualquer atividade fornecida no **mercado de consumo**, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito a securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.*

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 1º O serviço é defeituoso quando **não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar**, (o médico aceita trabalhar sob as condições que os planos de saúde oferecem) levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa

Art. 7º Os direitos previstos neste Código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e equidade.

Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.

Fato importante a ser dito é que, mesmo existindo a solidariedade entre médico e convênio, depois de condenados ao pagamento da indenização, o convênio pode (e normalmente entra) com ação de regresso contra o médico.

Exoneram, também, o médico, da responsabilidade civil, em caso de dano ao paciente, a força maior ou o caso fortuito. A força maior considera-se um fato natural, superior às forças humanas, não sendo possível ao ser humano evitar sua ação e conseqüências, apesar de identificada e previsível. Não se resiste a ele mesmo que se queira. Portanto, a força maior se caracteriza por ser um evento externo à relação médico-paciente, ao contrário do caso fortuito, em que a característica é haver um acontecimento inerente à pessoa humana. Por isso, Rogério Marrone de Castro Sampaio chama a força maior de fortuito externo. Ao caso fortuito ele chama de fortuito interno. O caso fortuito é aquele fato que decorre da conduta humana, tendo como característica não poder ser

previsto e evitado pelos participantes da relação médico-paciente. Assim, independe a sua ocorrência tanto do médico, como do paciente. É obra do acaso – não esperado na conjuntura do que está ocorrendo em um determinado momento. Não há, em qualquer instante, a atuação culposa do profissional médico, tanto no caso fortuito, como na força maior. Ambos, caso fortuito e força maior causam a mesma ação de liberar o médico do cumprimento da obrigação contratual. Há exoneração da responsabilidade civil do médico se a lesão ao paciente é decorrente de caso fortuito ou força maior. O Código Civil Brasileiro incluiu ambos em seu art. 1058 pois, mesmo diferentes, suas conseqüências, seus aspectos práticos são os mesmos.

Há independência entre as responsabilidades civil e penal, é o que se depreende da abordagem que faz Fabrício Zamprogna Matielo das repercussões da sentença penal na área cível. Mas, a culpa estando juridicamente determinada, advindo daí uma condenação em termos penais, há efeitos na área cível, tanto em uma ação por erro médico, como em qualquer outra causa de responsabilização civil por dano a outrem. Semelhante é a natureza jurídica da repercussão penal na área cível, quer se trate de erro médico ou ação de responsabilidade civil em geral. O art. 1525 do Código Civil assim dispõe sobre essa repercussão: “A responsabilidade civil é independente da criminal; não se poderá, porém, questionar mais sobre a existência do fato, ou quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no crime”. No caso de uma decisão penal condenatória, transitada em julgado, esta será

utilizada na área cível como um título executivo, ou seja, há dispensa da instauração de processo de conhecimento para decidir sobre a matéria, já que o mesmo se fez na área penal. Tem o paciente, com a sentença condenatória na área criminal, em suas mãos, um título executivo judicial (art. 584 do Código de Processo Civil, em seu inciso II). Cabe a execução desse, através do competente processo, para ser ressarcido dos danos que sofreu com o erro médico.

Caso a sentença penal for absolutória (dispõe sobre isso o art. 386 do Código de Processo Penal, em seus incisos de I a VI) por insuficiência de provas, cabe a devida ação cível por parte do paciente. Pode, através de um processo de conhecimento, demonstrar no juízo cível a validade da sua pretensão de ressarcimento por danos decorrentes de erro médico. Compete ao paciente provar a existência do fato, que lhe causou dano, e a culpa do médico em demanda no juízo cível. Nesse sentido, expõe-se a ementa de acórdão: “Responsabilidade civil. Erro médico. Absolvição criminal. Desimporta, aos efeitos da perquirição da responsabilidade civil, que tenha sido o agente absolvido na esfera penal, especialmente se o foi com fundamento no inciso VI do art. 386 do CPP (insuficiência de provas). Danos materiais e lucros cessantes”

Na hipótese de sentença absolutória por comprovada inexistência do fato alegado pelo paciente, torna-se inviável juridicamente qualquer demanda cível.

A coisa julgada, nesse caso, impede a pretensão, em termos de responsabilidade civil, conforme disposto na segunda parte do art. 1525 do Código Civil. Se for o caso de absolvição, por falta de prova conclusiva de que tenha acontecido o fato, aberto está o caminho para a lide jurídica. Na área cível caberá a demanda por ressarcimento, por parte do paciente. Caberá ao autor da ação fazer as provas da existência do fato.

Na eventualidade da ação penal concluir que o fato atribuído ao médico não se constitui num crime, danos porventura atribuídos, pelo paciente, como de autoria do médico, podem ter sua indenização reivindicada na área do juízo cível.

É válido citar, por ilustrativo, os casos de absolvição do médico por crime impossível (em que o paciente que sofreu danos pode, assim mesmo, pleitear ressarcimento na área cível), de falta de previsão daquela conduta do médico no Código Penal (o paciente também terá, sempre, o juízo cível como possibilidade para se recompor do prejuízo sofrido), de exclusão do dolo na conduta do médico (há possibilidade de ressarcimento no juízo cível), de presença de discriminantes putativas (também pode ser instaurada a devida ação civil de responsabilização civil) e de coação irresistível ou ordem hierárquica (o responsável pelo ressarcimento é o autor da ordem ou o responsável pela coação).

O prazo prescricional para ingressar com uma ação de indenização pelos danos sofridos por parte do paciente é regulado pelo art. 177 do Código Civil pátrio, que estabelece ser vintenária a prescrição. O prazo

passa a ser contado da constatação do dano. Sobre isso manifesta-se José de Aguiar Dias:

“A duração do prazo prescricional da ação de reparação do dano é objeto de severas críticas por parte de muitos juristas, que censuram no legislador conservar, em face do ritmo da vida moderna, critério cabível nos remotos tempos em que as comunicações se resumiam na precariedade e na lentidão das viagens a cavalo”.

2.4 – Processo independente do tempo de formação e especialização

O progresso, ocorrido nas ultimas décadas, proporcionou soma tal de conhecimentos que impede seu domínio por um só homem. O médico de hoje, para conhecer em profundidade uma área, é levado cada vez mais a reduzi-la em extensão. Assim vão aparecendo as especialidades. Com o aumento do conhecimento estas vão se subdividindo, resultando novas especialidades decorrentes desse fracionamento.

O título de especialista caracteriza notória e publicamente o profissional, após ter sido aprovado por seus pares. É oportuno lembrar as especialidades reconhecidas, em sua maioria organizada em sociedades que, por sua vez, integram como filiadas, a Associação Médica Brasileira (AMB). Esta entidade deve conferir o título de especialista mediante concurso de títulos e provas, havendo

substabelecimento dessa atribuição às Sociedades Especializadas para a avaliação da competência.

Os médicos aprovados nos programas de residência médica podem pleitear no Conselho Regional de Medicina (CRM) esse título mediante a apresentação do certificado de conclusão de residência médica feita em Programa oficializado pelo Conselho Federal de Residência Médica do Ministério da Educação. Também podem pleitear esse título os médicos que tenham feito curso de especialização nos termos da lei.

Existe um erro conceitual, básico, na sistemática da titulação de especialista. No sentido estrito do termo, só aquele que exerce a profissão na prática de um *setor do conhecimento* é que deveria poder receber o título de especialista. Dessa forma, no caso do médico, o título representa, da parte dos profissionais já consagrados como Especialista, agora na qualidade de seus pares, o reconhecimento de sua competência dentro de uma disciplina de aplicação.

Há de se considerar que as especialidades profissionais médicas estão submetidas a um denominador comum, que é responsabilidade para com o doente, responsabilidade esta que lhes é própria em razão de um conjunto de conhecimento claramente estabelecida para o exercício profissional. A entidade de classe, não deve conferir título de especialistas aqueles que se dedicam a disciplinas básicas, pois trata-se de invasão de competência.

3 – CASUÍSTICA E MÉTODOS

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Casuística:

Foram analisados trinta processos judiciais que envolvem reparação de danos (indenizações) por erro médico, oriundos de órgãos jurisdicionais diversos (Tribunais de Justiça Estaduais), e perícias médicas realizadas pelo IMESC – Instituto de Medicina Social e Criminologia do Estado de São Paulo em processos da mesma espécie.

3.2 Métodos

- **Período:** Processos judiciais de 1996 a 2002
- **Quantidade:** 30 processos judiciais envolvendo erro médico
- **Áreas Médicas:** Cirurgia do aparelho digestivo
- **Classificação:** Todos os processos com decisão judicial de 1ª instância ou perícias médicas já realizadas em processos tramitando.

3.2.1 Análises:

- Número de casos: 30
- Local: Fórum cível de São Paulo – Central, Distrital e Interior
- Itens analisados em cada processo

1.- Se houve quebra da relação médico paciente pelo descritivo processual.

➤ Critério: Análise da inicial e contestação

2.- Se havia consentimento informado

➤ Critério: Verificação nos autos

3.- Verificação do documental juntado aos processos:

➤ História Clínica Completa

➤ Exame Físico

➤ Letra Legível

➤ Evolução Clínica

- Identificação / Carimbo
- Observância de Alergias
- Descrição de Cirurgias Legíveis
- Descrição de Cirurgias Sumárias
- Visita Pré Anestésica
- Prescrição com mais de 24 horas
- Alta Prescrita Antecipadamente
- Descrição das Condições de Alta

4.- Qualificação do profissional envolvido nas ações

- Sem residência ou estágio
- Cursando residência ou estágio
- Com título de especialização
- Com mestrado ou doutorado

3.2.2 Critérios de Inclusão

- Patologias e procedimentos relacionados ao aparelho digestivo
- Processos em andamento na primeira instância
- Processos em que o médico figurava no pólo passivo
- Processos em que existiam solicitações de indenização por dano material, moral ou estético.

3.2.3 Análise Estatística

Para garantir a representatividade e evitar o vício de seleção, utiliza-se a aleatoriedade para selecionar uma amostra, ou seja, utilizar um plano de amostragem probabilística.

Mas muitas vezes isto não é possível na prática, pois há muitas situações que dificultam a aplicação desse plano amostral, como por exemplo: na área médica por questões de ética não é possível contar com todos os prontuários na qual se está interessado. Nesses casos, usa-se um plano amostral não probabilístico, na qual a seleção da amostra depende das características do estudo em questão. Ao retirar uma amostra não probabilística, deve-se tentar evitar ao máximo a não representatividade dessa amostra na fase de planejamento do estudo,

sendo que uma das etapas mais importantes do planejamento é o cálculo do tamanho da amostra.

Na amostragem probabilística reúne todas as técnicas que usam mecanismos aleatórios na seleção dos elementos da amostra, atribuindo a cada um deles uma probabilidade, conhecida a priori, de pertencer à amostra. Para tirar conclusões válidas sobre a população de estudo a partir dos resultados da amostragem, a maneira estatisticamente correta de escolher os prontuários da população seria por amostragem probabilística.

Na amostragem não probabilística estão os demais procedimentos, tais como: amostras intencionais, onde os elementos são selecionados com o auxílio de especialistas e amostras de voluntários, como ocorre muitas vezes na área médica. Faz-se este tipo de amostragem, quando é conveniente (ou necessário) tomar uma amostra de prontuários na forma em que eles se apresentam aos pesquisadores.

Ambos os planos têm suas vantagens e desvantagens. A principal vantagem da amostra probabilística é de poder medir o erro amostral e conseqüentemente a precisão da amostra obtida, baseando-se nos resultados contidos na própria amostra. Mas a amostragem não probabilística é muito importante, pois possibilita a elaboração de um plano amostral, quando é impossível ou inadequada a utilização da amostragem probabilística.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizado a amostragem probabilística Criteriosa, que é a utilização de critérios objetivos na seleção dos prontuários

4 - RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 – Do bom relacionamento médico paciente (mesmo durante a demanda)

Em 93,34% dos casos houve quebra da relação médico paciente. Era visível das partes a animosidade no petítório, inclusive, em dois casos, isto ocorreu até em audiência quando da tentativa de conciliação marcada pelo Juiz.

Quebra da relação médico paciente

4.2 – De manter a informação ao paciente e seus familiares do procedimento e limitadores do ato médico

4.2.1 – Existência de consentimento informado nos autos como prova de defesa

Em 10% dos casos existia consentimento informado, porém, apenas 1 foi usado e considerado pelo magistrado por descrever e orientar especificadamente sobre o risco que a posteriori originou a demanda. Dois eram genéricos, sendo que não foram considerados, ao ver do julgador, por hiposuficiência do paciente.

4.2.2 – Casos com consentimento informado considerados pela justiça

Portanto, em aproximadamente 66,6% dos casos que possuíam consentimento informado, este não foi considerado pelo juiz.

4.3 – Análise de prontuários médicos e documental, juntados aos autos

4.3.1 – História clínica completa dos prontuários juntados aos autos

Em 85% dos casos não havia história clínica completa.

4.3.2 – Exame físico completo dos prontuários juntados aos autos

Em 79% dos casos não foi verificada a existência de exame físico.

4.3.3 – Letra legível nos documentos médicos dos prontuários juntados aos autos

Em 80% dos casos a letra era ilegível.

4.3.4 – Evolução clínica diária nos prontuários juntados aos autos

Em 59% dos casos não foi verificada a existência da evolução clínica.

4.3.5 – Identificação e/ou carimbo dos profissionais que atuaram nos prontuários juntados aos autos

Em 61% dos casos não foram verificadas a identificação ou carimbo do médico.

4.3.6 – Descrição sobre investigação de processos alérgicos nos pacientes constantes dos prontuários juntados aos autos

Em 89% dos casos não foi interrogado sobre a existência de alergias prévias.

4.3.7 – Descrição cirúrgica legível nos prontuários juntados aos autos

Em 20% dos casos se observou descrição cirúrgica legível.

4.3.8 – Descrição cirúrgica sumária com descritivo do ato cirúrgico específico nos 80% dos prontuários juntados aos autos

47% dos casos as descrições cirúrgicas eram de forma sumária sem as intercorrências alegadas pela defesa.

4.3.9 – Visita prévia do anestesista com descritivo pré-anestésico nos prontuários juntados aos autos

Em 70% dos casos não houve visita pré-anestésica.

4.3.10 – Prescrição médica de acompanhamento pós-cirúrgico com mais que 24 horas sem evolução nos prontuários juntados aos autos

Em 60% dos casos à prescrição médica de evolução ocorreu com mais que 24 horas no pós-operatório.

4.3.11 – Alta médica hospitalar antecipada com medicação ministrada pós-alta pela enfermagem, descritas nos prontuários juntados aos autos

Em 19% dos casos observou-se ministração de medicação pela enfermagem posterior a alta médica.

4.3.12 – Descrição das condições de alta no dia da saída do paciente do hospital nos prontuários juntados aos autos

Em 64% dos casos não se observou a descrição das condições de alta.

4.4 – A abertura de processo depende do tempo de formado e especialização do profissional

Em 7% dos casos o médico que figura como pólo passivo não possuía residência médica; em 13% dos casos estavam cursando residência ou estágio; em 67% dos casos possuíam título de especialização e em 13% dos casos possuíam mestrado ou doutorado.

5 DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Importância do bom relacionamento médico paciente (mesmo durante a demanda)

Mecanismos de Relacionamento

O mecanismo pelo qual se estabelece a relação médico com seu paciente é *sui generis*. Na maioria das vezes ela se verifica em decorrência de uma doença. O motivo que leva o paciente a procurar o médico costuma ser dor, sangramento, febre, enfim, um mal que o aflige. Certamente, só esse fato já cria condições diferentes para o relacionamento do qual vou tratar. O doente chega ao médico contrariado por viver uma situação de infortúnio, condição de certa ou muita angustia; entretanto, essa mesma situação de relativa inferioridade leva sem si uma enorme dose de esperança.

O primeiro contato talvez seja dos mais importantes momentos e dele vai depender, em grande parte, a boa ou má evolução do referido relacionamento. Se o resultado daquele contato não foi dos melhores, dificilmente o médico conseguirá inspirar confiança a seu paciente. Há de ocorrer uma nítida empatia entre médico e paciente para que o próprio doente abra seu coração e diga o que precisa ser dito sem constrangimento. Quanto mais fácil for o primeiro contato, mais forte

poderá ser o grau de confiança do paciente em seu médico. Este não poderá frustrar nunca as esperanças que o paciente deposita nele. Nesse ponto está a chave do êxito. O médico não pode criar expectativa maior do que aquela que o doente pode ter. Ele deve transmitir esperanças sem criar ilusão. Esse equilíbrio é o que existe de arte no exercer a profissão. Na dosagem certa do que falar e do que não falar está à habilidade do médico.

É de se compreender o quanto é difícil, em cada caso, aquilatar o adequado procedimento. Nunca se pode esquecer que, no exercício da profissão, o médico não pode ser isolado do homem, com todos os seus méritos, defeitos e problemas.

A mente é muito complexa, motivo pelo qual o comportamento é dificilmente entendido. As relações individuais variam muito e dependem de diversos fatores, entre os quais temperamento, autocontrole, educação, nível social, o econômico e religioso. Certas pessoas, em determinadas circunstâncias, tem manifestações imprevisíveis: imagine-se-as num consultório ou num hospital. Muitas vezes, o silêncio aparenta tranqüilidade, mas está mascarando grandes emoções. A estabilidade emocional é predicado básico para o médico. Não se pode esquecer o fato de que incidentes corriqueiros, aparentemente banais, podem prejudicar o relacionamento entre pessoas, principalmente quando ofuscadas pela emoção. No consultório ou no hospital, é comum a emoção perturbar tanto o paciente, que escuta o médico mas, às vezes,

não o ouve e, às vezes, nada entende do que lhe foi dito. Tal situação depende muito mais do estado emocional do paciente do que de seu nível intelectual ou de outros fatores. Muito freqüentemente, em sua interpretação, ele distorce tudo o que foi dito, repetindo para o próprio médico exatamente o contrário do que lhe dissera. Essa etapa do relacionamento costuma ser vencida na consulta seguinte ou com auxílio de algum acompanhante mais tranqüilo e que realmente esteja empenhado em ajudar o paciente.

É difícil fazer que os pacientes e os familiares dêem a cada fato a verdadeira dimensão. O que pode parecer fácil é, na prática, muito difícil. Nessa intrincada complexidade de jogo emocional, com verdades indesejáveis de serem ouvidas, esperanças de milagres inexistentes e recomendações aborrecidas, difíceis de serem seguidas, além de sempre inoportunas, deve o médico envidar todo seu esforço para conquistar a confiança do paciente e dos familiares. Nesse contexto costumam aparecer, para dificultar, filhos que desejam mostrar dedicação e discordam de tudo o que foi feito, menosprezam a dedicação dos vizinhos e relembram todos os casos de malogro ocorridos com seus familiares, para relata-los pormenorizadamente e, assim, amargurar mais o doente.

6 - CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

A análise de 30 processos judiciais que envolveram reparação de danos (indenizações) por erro médico, oriundos de órgãos jurisdicionais diversos (Tribunais de Justiça Estaduais), e perícias médicas realizadas pelo IMESC – Instituto de Medicina Social e Criminologia do Estado de São Paulo em processos da mesma espécie nas condições do presente trabalho, permitiram as seguintes conclusões:

1. Boa relação médico-paciente até mesmo quando vier a ocorrer demanda judicial, ainda é a melhor proteção para o médico.
2. Manter prontuário médico bem preenchido, legível, sem abreviaturas, com carimbo e assinatura, é importante para a defesa médica (prova documental).
3. O consentimento informado por si só não é suficiente para proteção do médico, mas deve ser elaborado pelo mesmo.
4. A condição técnico curricular do médico não é fator atenuante para a existência da ação judicial.

7 - ANEXO

RESUMO DE CASOS

1º CASO:

Motivo da Ação: Perfuração intestinal em cirurgia de ovário.

Paciente submetida à ooforectomia, sendo diagnosticada perfuração intestinal no 5º PO, já com peritonite. Foi reoperada com ráfia intestinal com boa evolução.

Sentença: Condenado.

2º CASO:

Motivo da Ação: Não se verificou a existência de hemorragia abdominal no atendimento de Pronto-Socorro.

Paciente politraumatizado atendido em Pronto-Socorro, sendo que, não foi diagnosticado uma hemorragia abdominal, por rotura do baço. Chocou após 7hs de internação evoluindo para óbito.

Sentença: Condenado.

3º CASO:

Motivo da Ação: Infecção generalizada decorrente de cirurgia para retirada de tumor no intestino, com presença de corpo estranho.

Paciente submetido à cirurgia abdominal para retirada de tumor intestinal (colon), tendo evoluído para oclusão intestinal. Quando foi reoperado verificou-se a presença de compressa na cavidade abdominal.

Sentença: Absolvido.

4º CASO:

Motivo da Ação: Perfuração intestinal decorrente de cirurgia plástica.

Paciente submetido à cirurgia plástica de abdômen. Pós-operatório com fortes dores, peritonite, choque, evoluindo para óbito. Diagnóstico de perfuração foi feito na necropsia.

Sentença: Absolvido.

5º CASO:

Motivo da Ação: Durante ato cirúrgico, paciente sofreu choque hipovolêmico com parada respiratória.

Paciente teve parada cardiorrespiratória durante cirurgia de retirada de um nódulo hepático, por hipovolemia. Evoluiu para seqüela neurológica irreversível.

Sentença: Condenação do anestesista e cirurgião (litisconsorte).

6 ° CASO:

Motivo da Ação: Paciente tratado com diagnóstico de doença vascular, descobrindo-se durante ato cirúrgico tumor metastático pós-abdômen agudo.

Paciente submetido à cirurgia com diagnóstico pré-operatório de aneurisma. Durante ato cirúrgico foi diagnosticado tumor metastático invasivo.

Sentença: Condenado.

7 ° CASO:

Motivo da Ação: Cirurgia de correção de hérnia inguinal com esquecimento de agulha intra-operatória.

Paciente submetido à herniorrafia inguinal, evoluindo com fortes dores no local. Após 60 (sessenta) dias fez-se diagnóstico de corpo estranho (agulha) no local operado.

Sentença: Absolvido.

8 ° CASO:

Motivo da Ação: Paciente com choque anafilático intra-operatório por injeção endovenosa.

Paciente com parada cardiorrespiratória por choque anafilático por uso de medicação endovenosa intra-operatório. Evoluiu sem seqüelas neurológicas.

Sentença: Absolvido o cirurgião e condenado o anestesista.

9 ° CASO:

Motivo da Ação: Paciente operado de úlcera gástrica. Faleceu de hemorragia interna.

Paciente submetido à cirurgia abdominal de rafia de úlcera gástrica perfurada, tendo evoluído no 4º PO, para óbito por hemorragia interna. Diagnóstico feito em necropsia.

Sentença: Absolvido.

10 ° CASO:

Motivo da Ação: Laparotomia exploradora pós recanalização de trompa por hemorragia interna.

Paciente submetida à recanalização de trompa. Foi reoperada após 05 dias, com diagnóstico de hemorragia intra-abdominal por hemostasia deficiente, tendo as complicações inerentes ao fato.

Sentença: Condenação do cirurgião.

11º CASO:

Motivo da Ação: Presença de corpo estranho com peritonite e septicemia em cirurgia de correção de hérnia de hiato.

Paciente submetido à cirurgia convencional para correção de hérnia hiatal. Evoluiu para abdômen agudo e peritonite sendo reoperado, onde encontrou-se uma compressa na cavidade.

Sentença: Condenado.

12º CASO:

Motivo da Ação: Abdômen agudo por deiscência de anastomose intestinal.

Paciente submetido à exereses de tumor intestinal, sendo realizado anastomose boca a boca. Apresentou quadro de abdômen agudo no pós-operatório por deiscência de anastomose.

Sentença: Absolvido.

13 ° CASO:

Motivo da Ação: Inobservância de tumor intestinal em laparotomia exploradora.

Paciente submetido à laparotomia exploradora para diagnóstico de dor abdominal, não tendo sido observado nenhuma causa imediata que justificasse a dor; porém, após 02 meses, em tomografia detectou-se a presença de tumor intestinal metastático.

Sentença: Condenado.

14 ° CASO:

Motivo da Ação: Perfuração de bexiga em extirpação de tumor pélvico.

Paciente submetido à cirurgia para retirada de um tumor pélvico, onde acidentalmente durante ato cirúrgico, houve perfuração da bexiga.

Sentença: Condenado.

15 ° CASO:

Motivo da Ação: Retirada cirúrgica de cálculo renal com perfuração intestinal.

Paciente submetido à retirada de cálculo renal houve perfuração intestinal e formação de hematoma retroperitoneal.

Sentença: Absolvido.

16 ° CASO:

Motivo da Ação: Laparotomia exploradora negativa em paciente com psoite.

Paciente submetido à laparotomia exploradora por diagnóstico de abdômen agudo, não sendo diagnosticado nenhum tipo de alteração intra-abdominal. Num segundo momento, diagnosticou-se psoite.

Sentença: Condenado.

17 ° CASO:

Motivo da Ação: Seqüela vegetativa, decorrente de choque por sangramento intra-operatório.

Sangramento excessivo intra-operatório ocasionou choque, parada cardiorrespiratória, ressuscitação e seqüela neurológica irreversível, com vida vegetativa do paciente.

Sentença: Condenados cirurgião e anestesista.

18 ° CASO:

Motivo da Ação: Perfuração de esôfago por exame de endoscopia digestiva.

Paciente submetido à endoscopia digestiva peri-oral por suspeita de úlcera gástrica e esofagite, ocorrendo durante o exame perfuração de esôfago.

Sentença: Condenado.

19 ° CASO:

Motivo da Ação: Cirurgia de urgência por rotura de sutura em colecistectomia.

Paciente submetido à colicistectomia, evoluiu com dor abdominal, mantido com analgésico durante 02 dias; foi reoperado, observando-se uma rotura na sutura cirúrgica.

Sentença: Absolvido.

20 ° CASO:

Motivo da Ação: Infecção hospitalar pós-cirurgia de colon.

Paciente submetido à cirurgia de colectomia, tendo adquirido infecção hospitalar com 30 dias de internação em UTI.

Sentença: Absolvido.

21 ° CASO:

Motivo da Ação: Cirurgia laparoscópica de colicistectomia que transformou-se em convencional (céu aberto)

Paciente submetido à cirurgia laparoscópica para retirada da vesícula biliar, por dificuldade intra-operatória reverteu-se em cirurgia convencional, causando dano estético ao paciente.

Sentença: Absolvido.

22 ° CASO:

Motivo da Ação: Paciente chocou em cirurgia de esplenectomia.

Paciente submetido à esplenectomia após acidente automobilístico. Durante ato cirúrgico teve choque hipovolêmico evoluindo com seqüela neurológica leve.

Sentença: Absolvido.

23 ° CASO:

Motivo da Ação: Erro de diagnóstico patológico intra-operatório em biópsia de congelação.

Paciente submetido à laparotomia para retirada de um tumor e biópsia, onde no resultado da biópsia de congelação diagnosticou-se como TU benigno. Após análise minuciosa com biópsia em parafina, verificou-se que o referido anátomo-patológico era de TU maligno.

Sentença: Condenado.

24 ° CASO:

Motivo da Ação: Seqüela por secção de nervo vago em esofagoduodenoplastia.

Paciente submetido à esofagoduodenoplastia. Acidentalmente durante ato cirúrgico, ocorreu secção do nervo vago, deixando seqüela.

Sentença: Absolvido.

25º CASO:

Motivo da Ação: Corpo estranho (agulha) em abdômen por cirurgia de vesícula (colecistectomia)

Paciente foi submetido à colecistectomia. Após um ano, em raio-x simples de abdômen, verificou-se a existência de agulha cirúrgica intra-abdominal.

Sentença: Condenado.

26º CASO:

Motivo da Ação: Paciente em casa, teve mal súbito decorrente da alta precoce em cirurgia laparoscópica.

Sentença: Condenado.

27º CASO:

Motivo da Ação: Ferimento por arma de fogo, com morte do paciente.

Paciente submetido à cirurgia de urgência, pós-ferimento por arma de fogo, onde não se conseguiu a hemostasia efetiva intra-operatória, vindo a ocasionar morte durante o ato cirúrgico.

Sentença: Absolvido.

28 ° CASO:

Motivo da Ação: Agravamento do quadro pós-cirúrgico após insistentes solicitações da presença do médico ao hospital, sem êxito.

Paciente submetido à apendicectomia, tendo ocorrido dor abdominal súbita no 2° PO. A enfermeira insistentemente tentou, juntamente com a família, localizar o médico, que não respondeu aos chamados, ocasionando maior período de internação do paciente e reoperação por outro cirurgião.

Sentença: Condenado.

29 ° CASO:

Motivo da Ação: Óbito por hemorragia, em cirurgia de hemorróidas, sem exames pré-operatório.

Paciente submetido à hemorroidectomia, vindo a sangrar abundantemente durante ato cirúrgico em decorrência de distúrbio de coagulação. Não foi realizado nenhum exame pré-operatório.

Sentença: Condenado.

30 ° CASO:

Motivo da Ação: Colostomia por anastomose incorreta de cirurgia de intestino.

Paciente submetido à retirada de parte do intestino, onde efetuou-se anastomose boca a boca, evoluindo com dor abdominal e sintomas de abdômen agudo. Foi reoperado e optou-se por colostomia decorrente da dificuldade em refazer a anastomose, pela condição cirúrgica encontrada.

Sentença: Absolvido.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguiar Júnior RR. *Responsabilidade civil do médico*. Revista dos Tribunais, São Paulo; 1995.

Alcântara HR. *Responsabilidade médica perante o paciente, o médico, a justiça, o seguro*, J.K Editora, Rio de Janeiro; 1971.

Almeida M, Munhoz DR. *A responsabilidade médica: uma visão ética*. Revista Bioética, Brasília; 1994.

Almeida VM. *Responsabilidade médica*, ARS Curandi, São Paulo; 1991.

Artigas GV. *Minha visão sobre a responsabilidade médica*. ARS Curandi. São Paulo; 1991.

Azevedo AV. *Curso de direito civil*. Editora Revista do Tribunais, São Paulo; 1981.

Bauab JD. *A ação do médico e a sua responsabilidade em consulta, tratamento, operação, internação e manutenção do paciente em hospital*. In BITTAR, Carlos Alberto (Coord.). *Responsabilidade civil, médica e hospitalar*. São Paulo: Saraiva; 1991.

Beviláqua C. *Código Civil do Estados Unidos do Brasil*. Editora Hist. Rio de Janeiro: Ed. Rio; 1984; v.4.

Bittar CA. *Direito das obrigações*, Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro; 1990.

Bizatto JI. *Eutanásia e Responsabilidade Médica*, Editora LED, São Paulo; 2000

Bruno A. *Direito penal*, Editora forense, 1985.

Bussada W. *Erro Médico Interpretado pelos Tribunais*, Editora Síntese, São Paulo; 2000

Carmen M. *Erro Médico Visto pelos Tribunais*, Editora Edipro, São Paulo; 1999

Carvalho JCM. *Responsabilidade Civil Médica*, Editora Destaque, Rio de Janeiro; 2002

Casilio J. *Dano à pessoa e sua indenização*, Editora dos Tribunais; 1994.

Cavalcanti FQB. *Comentários ao Código de proteção e defesa do consumidor*, Editora Del Rey; 1991.

Chiovenda G. *Instituições de direito processual*, Trad. Guimarães Menegale; 1942.

Clinica del Lavoro, Milão, *Metodologia de Execução do Controle de Audição dos Trabalhadores Expostos a Ruído*

Clínica Médica da América do Norte, *Volume de Medicina Ocupacional*

Código de Ética Médica – Resolução CFM n.º 1246/88

Corrêa A. *Manual de direito romano*, Editora Revista dos Tribunais; 1988.

Couto Filho AF. *Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar*, Editora Del Rey, Rio de Janeiro; 2001

Croce D, Croce Júnior D. *Erro Médico e o direito*, Editora Oliveira Mendes; 1997.

Croce DC. *Erro Médico e o Direito*, Editora Saraiva, São Paulo, 2000

FernandesB. *O Médico e os seus Direitos*, Editora Nobel, São Paulo; 1999

França GV. *Direito médico*. Fundo Editorial BYK, 1978.

Giostri HT. *Erro Médico*. Editora Juruá. Curitiba; 1998

Gomes H. *Medicina legal*. 21 ed. Editora Freitas Bastos, Rio de Janeiro; 1981.

Gomes JCM. *Erro médico*. Reflexões, Revista Bioética.

Gonçalves CA. *Responsabilidade civil*. 5. ed. atual e ampliada. São Paulo: Saraiva; 1994.

Gonçalves LC. *Tratado de direito civil*, Editora Max Limonad, 1958.

Gordon R. *A assustadora história da medicina*, 4 ed., Ediouro, 1995.

INSS, *Manual de Procedimentos e Informações*. 1997.

Kfourir Neto M. *Responsabilidade Civil do Médico*, Editora Revista dos Tribunais, São Paulo; 2001

La Empresa Médica, Rubinzal – Culzoni Editores, Buenos Aires, 1988, p. 99

Machado D. *Erro Médico, A Luta Pela Vida*, Editora Mauad, Porto Alegre; 2000

Magalhães TA. *O dano estético – responsabilidade civil*, Revista dos Tribunais; 1990.

Marchesini JB. *Erro médico. A visão do profissional*, ARS Curandi, 1991.

Martin LM. *O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica*, Revista do Tribunais, 1994.

Matiello FZ. *Responsabilidade Civil do Médico*, Editora Sagra DC Luzzatto, Porto Alegre, 2001

Mendes R. *Medicina do Trabalho*, Editora Sarvier, São Paulo, 1990.

Mirio CCO. Fernandes Rute AJ. *Erro médico visto pelos tribunais*, Edipro; 1991.

Montenegro ALC. *Responsabilidade civil*, Editora Anaconda; 1986.

Moraes IN. *Erro Médico e a Lei*, Editora Lejus, São Paulo; 1998.

Oliveira E. *Deondologia; Erro Médico e Direito Penal*, Editora Forense, São Paulo; 2001

Pacheco N. *O erro médico: a responsabilidade penal*, Livrarias do Advogado; 1991.

Panasco WL. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*, Editora Forense; 1984.

Parker & Waichman, Attorney's At Law, *Dados da Saúde*; 2000.

Proença NG. *Erro médico: reflexões e sugestões*, ARS Curandi; 1991.

Saad WA. *Erro Médico – Responsabilidade Civil*; 2003.

Prunes JLF. *A Prova Pericial no Processo Trabalhista*, Editora LTR, São Paulo; 1995

Ramos PLT. *Erro Médico. Aspectos jurídicos e médico-legal*, Revistas dos Tribunais; 1987.

Sampaio AM. *Dicionário de Direito do Trabalho*, Editora LTR, São Paulo; 1993

Sebastião J. *Responsabilidade Médica*, Editora Del Rey, Rio de Janeiro; 2001

Vieira LC. *Responsabilidade Civil Médica e Seguro*, Editora Del Rey, Rio de Janeiro; 2001

Xavier F.º EF. *Rotina Médico Legal*, Editora Sagra DC Luzzatto, Porto Alegre; 2000.

Dias JA. *Da responsabilidade civil*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense; 1979.