

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) EDMAR DA CRUZ ARÊAS

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO MILITAR.

Rio de Janeiro

2009

CMG (Md) EDMAR DA CRUZ ARÊAS

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO MILITAR.

Monografia apresentada à Escola de Guerra Naval,
como requisito parcial para a conclusão do Curso de
Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (RM1-Md) Wilson Alves **Pariz**

Rio de Janeiro
Escola de Guerra Naval
2009

RESUMO

A responsabilidade civil constitui um instituto jurídico que enseja o dever de alguém em reparar um certo mal que tenha causado a outrem, quer por ação ou omissão. A responsabilidade civil do médico militar da Marinha decorre da falha na atuação técnica do citado profissional à bordo de hospitais, policlínicas e ambulatórios navais, divisões de saúde de navios ou organizações militares de terra e mesmo no atendimento ao ferido em manobras ou exercícios. Neste caso, além da ação judicial de responsabilidade civil contra o oficial médico, poderá haver concomitantemente ou isoladamente, uma ação em face da Força Armada em que o militar estiver subordinado, uma vez que, em última análise, a Instituição o contratou para prestar serviços de saúde aos seus usuários. O tema escolhido se encontra relacionado à grande preocupação vivida na atualidade por oficiais médicos militares da Marinha do Brasil, com o crescente aumento número de demandas judiciais manejadas por pacientes contra médicos ou instituições de saúde civis. O objetivo desta monografia é de realizar uma revisão da literatura sobre as principais causas de demandas judiciais civis envolvendo pacientes, médicos e hospitais no Brasil, discorrer sobre as peculiaridades da atuação do médico militar da Marinha do Brasil, apresentar os principais aspectos jurídicos que envolvem a responsabilidade civil do médico e, finalmente, propor sugestões para serem implementadas pela MB, que caso sejam aprovadas, atuarão na prevenção do “erro médico”, mitigando a ocorrência de processos judiciais cíveis em face da Marinha do Brasil e/ou contra seus oficiais médicos.

Palavras-chave: Responsabilidade Civil do Médico, médico militar.

ABSTRACT

The civil liability constitutes a juridical path that contains someone's duty to repair an evil done to an individual, whenever caused by action or omission. In that way, the civil liability of the military medical personnel in the Navy occurs with some kind of technical failure of this professional, done on board of our hospitals, clinics and health facilities, in land or at sea in our ships, even though at drills in military exercises. In such cases, besides the judicial process against the military doctor, it could be another one against the Force itself, once is that Force who hired the professional to that particular health job. The chosen theme is a great concern in nowadays by all medical personnel in the Brazilian Navy, with the ever growing number of judicial demands perpetrated by the patients against them and against health civilian organizations. The objective of this paper is to make a literature review about the main causes of judicial demands operated by patients against our military health personnel and institutions in Brazil, describing the peculiar role of the daily routine of military doctors in the Brazilian Navy, presenting the main aspects of their civil liability, and, finally, coming out with propositions to insure and prevent that kind of judicial demands against Brazilian Navy and its medical personnel.

Keywords: Civil Liability, Military Medical Personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - A Evolução do número de médicos denunciados, médicos inscritos no CREMESP, e o crescimento da população no período de 2000 a 2006.....	31
Figura 2 -Taxa de médicos processados, segundo sua especialidades médicas, no período de 2000 a 2006. no estado de São Paulo.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEM	Código de Ética Médica
CFO	Curso de Formação de Oficiais
CIAW	Centro de Instrução Almirante Wandenkolk
CFM	Conselho Federal de Medicina
C-PEM	Curso de Política e Estratégia Marítimas
CDC	Código de Proteção e Defesa do Consumidor
CPO	Comissão de Promoções de Oficiais
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DSM	Diretoria de Saúde da Marinha
MB	Marinha do Brasil
OM	Organização Militar
SMI	Serviço Militar Inicial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	CONCEITO.....	10
3	BREVE HISTÓRICO.....	13
4	O OFICIAL MÉDICO DA MARINHA.....	16
5	DEVERES DE CONDUTA.....	20
5.1	Dever de aconselhar e informar.....	20
5.2	Dever de cuidar do paciente e de vigilância.....	21
5.3	Dever de prudência.....	22
5.4	Dever de atualização.....	22
5.5	Dever de guardar sigilo profissional.....	23
5.6	Dever de isenção.....	24
6	DIREITOS BÁSICOS DO PACIENTE.....	25
7	CAUSAS DE DEMANDAS JUDICIAIS.....	30
8	ASPECTOS JURÍDICOS DO ATENDIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR.....	34
8.1	A natureza do contrato médico.....	34
8.2	A obrigação de meio e de fim.....	35
8.3	Responsabilidade subjetiva e objetiva.....	35
8.4	Elementos da responsabilidade civil médica e hospitalar.....	36
8.4.1	O agente.....	36
8.4.2	O ato.....	37
8.4.3	A culpa.....	37
8.4.4	O dano.....	37
8.4.5	O nexo causal	37
8.5	Culpa e erro médico.....	37

8.6	O dano e suas consequências.....	39
8.6.1	Noção de Dano	39
8.6.2	Da iatrogenia.....	39
8.6.3	Dano patrimonial e extrapatrimonial	40
8.6.4	Dano Moral.....	40
8.7	Responsabilidade das instituições fornecedoras de serviços de saúde.....	41
8.8	Responsabilidades da Administração Pública.....	42
8.9	Excludentes da responsabilidade civil	46
8.9.1	Nexo causal	46
8.9.2	Culpa exclusiva da vítima	46
8.9.3	Fato de terceiro	46
8.10	Valor das indenizações.....	46
8.11	Prescrição das ações indenizatórias	47
9	PREVENÇÃO DO ERRO DO OFICIAL MÉDICO.....	48
10	SUGESTÕES PARA MITIGAR A OCORRÊNCIA DE AÇÕES JUDICIAIS.....	51
11	CONCLUSÃO.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56
	ANEXO A	58
	ANEXO B.....	59

1 INTRODUÇÃO

“Viver já envolve toda a sorte de riscos. Intervir no corpo humano potencializa esses riscos”.

Miguel Kfoury Neto

A arte da medicina, nos primórdios da civilização, era essencialmente artesanal e muito rudimentar. O resultado positivo da atividade médica era tido como um dom divino, sendo os médicos reverenciados como verdadeiros sacerdotes sem que houvesse questionamentos dos métodos e dos rituais realizados para o tratamento do enfermo.

Em virtude da precariedade dos atendimentos e do desconhecimento científico, logo surgiram os insucessos e, em decorrência, os conflitos entre os médicos e seus pacientes, que já questionavam a vontade divina como causa dos resultados insatisfatórios obtidos. Era o embrião da responsabilidade médica.

A palavra responsabilidade significa “a obrigação de responder pelos próprios atos ou por aqueles praticados por um subordinado” (MICHAELIS, 2000). A responsabilidade se apresenta como se fosse a sombra da obrigação.

Podemos inferir, portanto, que a responsabilidade civil, numa visão superficial, é o dever jurídico de ressarcir a vítima pelos danos decorrentes do ato ilícito.

O primeiro documento histórico conhecido sobre a responsabilidade foi a Ley de Ur Nammu, escrita em sumério, mais conhecida como as Tábuas de Nippur, há 2050 a.C., que constituiu a base dos demais códigos que existiram ao longo da evolução até os dias de hoje (DANTAS, 2003).

No Brasil de hoje, a responsabilidade civil está prevista na Constituição Federal, no Código Civil e no Código de Proteção e Defesa do Consumidor, diplomas que devem ser de conhecimento de toda a sociedade, principalmente dos médicos, estes, sob pena da não observância, poderão ser apenados em inúmeros processos judiciais a que estão sujeitos.

A atividade médica hospitalar nos últimos anos tem sido constantemente questionada a respeito do erro médico e das péssimas condições de atendimento oferecidas por diversas unidades hospitalares públicas e privadas. O tema ganhou interesse da mídia, uma vez que trás com ele um forte impacto sensacionalista, gerando muitas “vendas” da matéria em jornais e revistas do Brasil.

Na realidade, a qualidade do atendimento médico de hoje deixa muito a desejar. Tal situação possui diversas causas, entre as principais, o abandono dos hospitais da rede pública, nos quais se observa claramente a precariedade de diversas unidades hospitalares, bem como a presença de equipamentos obsoletos e muitos necessitando de manutenção. Outro fator relevante foi o declínio da qualidade técnica do profissional médico, situação resultante da falência do ensino no Brasil, do aumento do número de escolas médicas e da baixa remuneração dos profissionais.

A Marinha do Brasil, Instituição secular que prima pela excelência de suas instalações de saúde, sempre na vanguarda dos avanços tecnológicos, onde seus hospitais, policlínicas, ambulatórios e divisões de saúde estão dotados de todos os equipamentos necessários para o cumprimento de suas missões, dificilmente será questionada quanto às condições de atendimento aos seus usuários. Entretanto, alguns de seus oficiais médicos, no início da carreira ou os convocados para o serviço militar, são ainda jovens, oriundos de diversas faculdades, algumas sem as condições ideais para a prática do ensino, fato que, aliado a uma clientela cada vez mais exigente, pode resultar em ações judiciais contra os profissionais e / ou em face da Instituição que os contratou. Tal situação, cada vez mais frequente na área civil, causa uma grande preocupação entre os oficiais médicos, modernos e antigos, que, por vezes, abandonam determinadas especialidades movidos pelo receio de uma ação judicial de reparação.

A presente monografia tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre as principais causas de demandas judiciais envolvendo pacientes, médicos e instituições de saúde no Brasil, discorrer sobre as peculiaridades da atuação do médico militar da Marinha, apresentar os principais aspectos jurídicos que envolvem a responsabilidade civil do médico e finalmente, caso seja aplicável, avaliar alternativas e propor sugestões a serem implementadas pela Marinha, que uma vez aprovadas, poderão mitigar a ocorrência de processos judiciais cíveis em face da Marinha do Brasil e/ou contra seus oficiais médicos.

2 CONCEITO

A responsabilidade civil é um dever jurídico sucessivo que surge para reparar o dano decorrente da violação de um dever jurídico originário, previsto em contrato, oriundo de lei ou dos preceitos legais do Direito (CAVARIERI FILHO, 2008).

“Dever é a obrigação de fazer ou deixar de fazer alguma coisa, imposta por lei, pela moral, pelos usos e costumes ou pela própria consciência”(MICHAELIS, 2000).

No sistema jurídico brasileiro temos o sentido dualista de direito obrigacional, o *debitum* e a *obligatio*, o *debitum* seria o dever primário e a *obligatio* a responsabilidade.

A responsabilidade é entendida como o dever secundário e o débito o dever primário.

O dever jurídico da responsabilidade civil está previsto em diversos diplomas legais, como podemos citar:

a) A Constituição Federal

Art.5 , X-“ São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”

Art.37, § 6º-“ As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviço público responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurando o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.”

b) O Código Civil Brasileiro

Art 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.”

Art 927-“Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.”

Art 932- “São também responsáveis pela reparação civil:”

III-“O empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;”

c) O Código de Defesa do Consumidor

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

§ 4º-“A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação de culpa.”

A responsabilidade civil é patrimonial, isto é, o patrimônio do devedor que responde por suas obrigações.

“A responsabilidade civil médica é uma obrigação, de ordem civil, a que estão sujeitos os médicos, no exercício profissional, quando de um resultado lesivo ao paciente, por imprudência, imperícia ou negligência”(FRANÇA, 1998), conceitos que serão esmiuçados no decorrer desta monografia.

A responsabilidade civil do médico militar da Marinha decorre da falha na atuação técnica do citado profissional a bordo de hospitais, policlínicas e ambulatórios navais, divisões de saúde de navios ou organizações militares de terra e mesmo no atendimento ao ferido em manobras ou exercícios.

Quanto à responsabilidade civil da “pessoa jurídica” prestadora de serviços de saúde, tem-se que:

Os estabelecimentos hospitalares, como fornecedores de serviço, respondem pelos danos causados aos seus pacientes, independentemente da existência de culpa.

As instituições que contratam médicos para atuarem junto aos seus usuários respondem pelos atos de tais profissionais, uma vez que, se escolheu mal o preposto ou profissional que vai prestar a assistência, responde pelo risco da escolha.

As empresas locadoras diretas de serviços de saúde, estabelecendo convênios ou credenciando médicos e hospitais com o objetivo de suprirem as deficiências de seus próprios serviços, compartilham igualmente da responsabilidade civil dos locatários, uma vez que seus usuários procuram os conveniados ou credenciados acreditando que a seleção dos profissionais e estabelecimentos de saúde foi realizada de maneira criteriosa, gerando assim uma responsabilidade solidária de todos (CAVALIERI FILHO, 2008).

Por fim, observamos que, segundo os diplomas citados, para que ocorra a responsabilidade civil médica há a necessidade da caracterização de seus elementos fundamentais: ação ou omissão; culpa ou dolo do agente; relação de causalidade entre a ação e o dano; e o dano causado ao paciente. No caso das organizações fornecedoras de serviços de saúde, não há a necessidade da existência de culpa.

Verifica-se, também, o comprometimento do empregador pelas ações praticadas por médicos a ele subordinados, bem como a responsabilidade solidária das instituições locadoras de serviços de saúde que tenham como objetivo suprir as deficiências de seus próprios serviços aos seus funcionários e dependentes.

3 BREVE HISTÓRICO

Para a maior compreensão da responsabilidade civil do médico, acreditamos ser extremamente importante expor um breve histórico sobre o tema, abordando, dentre outros aspectos, as suas origens e a situação nos dias atuais em decorrência da acentuada evolução tecnológica nos diversos ramos do conhecimento que ocorreu no mundo nesses últimos anos.

O mais antigo documento sobre responsabilidade civil de que se tem notícia é a Lei de Ur Nammu (Código de Ur Nammu), também conhecida como Tábuas de Nippur, datada aproximadamente de 2050 a.C. e introduzida por Ur Nammu na antiga Suméria. Esta codificação constituiu a base dos demais códigos que surgiram ao longo da evolução histórica da civilização humana. O instrumento apresentava algumas ideias abstratas sobre a reparação por danos morais e admitia a pena pecuniária.

Por volta de 1795-1750 a.C., Hamurab, rei da Babilônia, instituiu o código que levava o seu nome, sendo praticamente uma cópia das Tábuas de Nippur, em que se percorrem todos os aspectos da vida civil, tratando, em seus artigos 196 a 201, da matéria relativa à reparação do dano físico, que ocorreria segundo a Lei de Talião (olho por olho, e dente por dente). O entendimento de ressarcir dos danos era infringir ao ofensor as mesmas lesões, ou seja, uma mera vingança) ou por meio de reparação, dependendo da situação social da vítima. O diploma de Hamurab foi o primeiro documento histórico a fazer referência ao erro médico, além de algumas normas sobre a profissão médica na época. Como exemplo de suas disposições, podemos citar os parágrafos 218 e 219, que previam a pena de amputação da mão para o médico que causasse a morte de um awillium (membro da classe social superior).

A Lei de Moisés, que abrange um período de 1500 a 600 a.C., também havia um espaço dedicado especificamente à reparação do dano corporal, por intermédio do procedimento conhecido como a Lei do Talião. À época, o castigo para o médico em caso de resultados adversos ou de má prática era superior ao preço que receberia pelo êxito.

Na Grécia, há aproximadamente 500 anos a.C., ocorreu um amplo desenvolvimento dos estudos da medicina, tornando-a mais científica em detrimento de outros elementos não racionais e empíricos até então predominantes. Estes estudos viriam a constituir o Corpus Hippocraticum, cuja síntese mais conhecida é o juramento ainda hoje repetido por profissionais médicos ao redor do planeta.

A mudança causada pelo pensamento grego permitiu alterações significativas no que tange à apuração da responsabilidade médica. O profissional passou a ser responsabilizado não mais pelo resultado em si, mas por sua conduta profissional de acordo com cada caso concreto. A culpa médica passou a ser atestada por um colegiado de médicos.

Outro fato que merece destaque foi a criação, em Atenas, da Lei Geral de Reparação, que distinguia o dano involuntário (culposo), ao qual correspondia uma indenização determinada, e o dano voluntário (doloso), com uma indenização correspondente ao dobro da primeira. Foi também proposto a troca do procedimento conhecido como Lei do Talião pela indenização baseada na idéia filosófica de que o valor compensatório a ser pago poderia conduzir à transformação de ódio em amizade.

Na mesma época, Roma experimentou um importante desenvolvimento legislativo, ao introduzir claramente a sanção penal frente aos casos de lesões pessoais, sendo valorados elementos como o estado físico do lesionado, a qualificação pessoal, os gastos médicos, a noção de incapacidade temporária, etc.

Em Roma foi solidificada a idéia de que a vingança privada não deveria ter lugar na vida em sociedade, cabendo ao Estado o dever de tutelar as relações pessoais, disciplinando a indenização devida pelos danos causados por um particular a outrem. Neste período, o direito romano pôde, claramente, formular o conceito de culpa e demonstrar a exata noção de reparação pecuniária do dano, principalmente nos casos de imperícia médica.

Com o tempo, o direito romano aprimorou-se e passou a exercer influência, até os dias de hoje, no direito brasileiro, italiano, francês, alemão, entre outros.

No Brasil, a obrigação de reparação de danos teve seu embrião nas Ordenações do Reino, documento de forte influência do direito romano. Na época, a responsabilidade civil estava atrelada à responsabilidade penal, havendo menção, no código criminal de 1830, do dever de ressarcimento pelo ofensor à vítima, em razão do dano causado. Entretanto, o princípio norteador genérico sobre a questão adveio do Código Civil de 1916.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a indenização adquiriu “*status*” constitucional, ao se fazer presente no art. 5º, incisos V e X de nossa Carta Magna.

Finalmente, com o novo Código Civil e com a promulgação do Código de Defesa do Consumidor (lei 8078/90), a indenização por danos passou a integrar definitivamente o nosso ordenamento jurídico, aumentando, com isso, o número de demandas judiciais manejadas por pacientes contra médicos e hospitais, pois está patente o amparo legal quanto à responsabilidade civil do médico e, conseqüentemente, do hospital, da entidade ou da

instituição a que pertença o ofensor (médico) e que legalmente tem como responsabilidade prestar a assistência necessária de saúde ao ofendido (DANTAS, 2003).

4 O OFICIAL MÉDICO DA MARINHA

O profissional graduado em medicina, oriundo de diversas regiões e faculdades do país, ingressa na Marinha do Brasil em uma das seguintes situações: como integrante do quadro de médicos do Corpo de Saúde da Marinha (CSM); por convocação para a prestação do serviço militar obrigatório; por intermédio do serviço militar voluntário; ou em virtude de convocações de emergência, em condições determinadas pelo Presidente da República.

O processo seletivo para o ingresso no quadro de médicos do CSM ocorre sob a forma de concurso público, aberto a brasileiros natos de ambos os sexos com menos de 35 anos de idade no primeiro dia do mês de janeiro do ano de início do curso de formação de oficiais, formados em medicina por faculdade reconhecida e estar registrado no órgão fiscalizador da profissão, no caso, o Conselho Regional de Medicina (CRM).

Nesta via de acesso à Instituição, o candidato é submetido a uma série de provas, dentre as específicas da profissão temos a de conhecimentos profissionais e a prática oral, ambas de caráter eliminatório, e a de títulos, de caráter classificatório. Estas etapas certamente contribuirão para a seleção dos melhores profissionais dispostos a seguir a carreira militar.

Os aprovados na seleção inicial são matriculados no curso de formação de oficiais (CFO), composto por um período de adaptação, curso de formação propriamente dito, e estágio de aplicação.

O CFO, realizado no Centro de Instrução Almirante Wandenkolk (CIAW), tem a duração de 39 semanas, findas as quais o(a) então Guarda Marinha é nomeado(a) Primeiro Tenente do CSM. Antes de completar cinco anos da nomeação ao oficialato, os(as) oficiais são avaliados(as) pela Comissão de Promoções de Oficiais (CPO) visando a sua permanência ou não em caráter definitivo na Marinha, situação que possibilita ao(à) médico(a) alcançar o posto de Vice Almirante.

Uma segunda porta de entrada é representada pela convocação obrigatória dos médicos que obtiveram adiamento de incorporação até o término do respectivo curso de nível superior. Tais profissionais prestarão o serviço militar inicial (SMI) obrigatório, que tem a duração de doze meses, sendo dividido em duas partes: a primeira destinada à instrução militar naval, com duração de 45 dias, realizada obrigatoriamente em órgão de formação de reserva, e a segunda, destinada à aplicação dos conhecimentos técnico-profissionais, realizada na organização militar na qual o militar foi designado para servir. Poderão ocorrer prorrogações sucessivas, em decorrência da solicitação do militar e interesse da administração

naval, até um período que não poderá atingir dez anos, contínuos ou não, computados para esse efeito, todos os tempos de efetivo serviço, inclusive prestados a outras Forças Armadas, além do limite de 31 de dezembro do ano que o militar completar 45 anos.

Como terceira via de entrada tem-se o serviço militar voluntário, quando, em tempos de paz, médicos (as) poderão ser designados para o serviço ativo da Marinha, em caráter transitório e mediante aceitação voluntária, nos termos do Estatuto dos Militares e do Regulamento da Reserva da Marinha. Os (as) profissionais podem se candidatar até o ano que completarem trinta e sete anos de idade, tendo como referência o dia 31 de dezembro do ano da inscrição. A prorrogação poderá ocorrer nos mesmos moldes da convocação obrigatória, sendo o (a) candidato (a) também submetido (a) ao estágio de adaptação (instrução militar naval de quarenta e cinco dias em órgão de formação de reserva e aplicação de conhecimentos técnico-profissionais).

Existe ainda a possibilidade de convocação, em qualquer época, tendo ou não prestado o serviço militar, em caráter de emergência, por determinação do Presidente da República, para evitar a perturbação da ordem ou para a sua manutenção, ou, ainda, em casos de calamidade pública.

Os profissionais convocados serão licenciados do serviço ativo da Marinha no posto de Primeiro Tenente da Reserva.

Após o término do Curso de Formação de Oficiais, os (as) 1º Tenentes do CSM e os Guardas Marinha médicos (as) da reserva de segunda classe são designados para uma Organização Militar (OM) de saúde, de ensino, ou operativa sem qualquer conhecimento jurídico a respeito da atividade de saúde que irá exercer.

Nos hospitais, policlínicas e ambulatório navais, os profissionais terão acesso a equipamentos de última geração e aos conhecimentos técnicos de oficiais médicos experientes, muitos dos quais, apesar de detentores de títulos de doutores e mestres nas suas respectivas especialidades, não possuem conhecimentos a respeito da responsabilidade civil do médico militar, bem como das implicações jurídicas para a instituição ante a um erro médico de um profissional por ela contratado. Nestas OM, os Tenentes e Guardas Marinha médicos terão a oportunidade de se desenvolverem tecnicamente à luz dos avanços mais modernos na área de saúde, colocados à disposição pela alta administração naval.

Nas OM de ensino, o oficial médico irá executar uma série de tarefas de grande importância, dentre elas podemos citar o atendimento clínico a tripulação, o adestramento de situações de emergência aos enfermeiros e alunos, e a realização de inspeções de saúde de sua competência, de acordo com a legislação vigente.

A bordo dos meios operativos (navios, unidades aéreas e de fuzileiros navais) terão a oportunidade de desempenhar funções de mais alta relevância relativas a manutenção, no mais alto grau, da higidez do pessoal militar da Marinha voltado para o preparo e a aplicação do Poder Naval. Nestas unidades, o oficial participará ativamente de diversas operações e/ou exercícios, ocasiões que certamente será acionado a prestar algum atendimento de emergência. Na execução de suas atividades terá à sua disposição todos os equipamentos necessários, além de enfermeiros bem formados e treinados. Consideramos a atividade operativa como fundamental na carreira do oficial médico da MB.

Durante a carreira, o oficial médico do CSM é preparado continuamente para exercer suas funções técnicas, operativas e administrativas.

As atividades técnicas, exercidas no dia a dia, são complementadas por intermédio de cursos de aperfeiçoamento ou pela residência médica em uma determinada área específica (requisito de carreira), além da possibilidade da realização de cursos de pós-graduação nível de doutorado, mestrado e especialização em instituições renomadas do país ou do exterior. Há, também, a possibilidade de estágios em organizações extra MB.

Os conhecimentos necessários ao melhor desempenho das comissões de caráter operativo e administrativo são proporcionados pelo Curso de Estado Maior para Oficiais Intermediários (Capitães Tenentes), que constitui um requisito de carreira.

Com o objetivo de capacitar os oficiais superiores para o exercício de funções de Estado Maior e para o desempenho de cargos de direção, a Marinha disponibiliza ao médico o Curso Superior (C-Sup) e o Curso de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM), que igualmente constituem requisitos de carreira para aqueles que almejam galgar os mais altos postos do CSM.

Por ocasião do C-PEM, quando os oficiais alunos estão no 2º/3º anos do posto de Capitão de Mar e Guerra, é disponibilizado um curso de MBA¹ em Gestão de Saúde pelo COPPEAD² o qual, durante o curso, contempla uma palestra sobre a responsabilidade civil do médico, única orientação curricular sobre o tema durante a carreira naval do médico militar.

A não orientação acadêmica e profissional quanto aos assuntos jurídicos certamente foi devida à pouca incidência, outrora, de lides judiciais envolvendo médicos-pacientes-instituições. Atualmente, devido a “indústria das indenizações”, cada vez mais frequentes serão essas questões, o que vem causando receio e preocupação aos oficiais médicos, sejam modernos ou antigos, daí a necessidade da adoção de medidas administrativas visando a não ocorrência ou a mitigação do número das mesmas envolvendo os oficiais médicos da Marinha do Brasil.

¹ É a sigla, em inglês, para Master in Business Administration, ou, em português, Mestre em Administração de Negócios. Traduzindo, MBA é um curso de formação de executivos, nas diversas disciplinas da administração, onde são estudadas matérias de marketing, finanças, RH, contabilidade etc.

² É o nome do Instituto de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Localiza-se na Cidade Universitária (Ilha do Fundão) do Rio de Janeiro. Oferece cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização, extensão, *in company*) e também *stricto sensu*, nos níveis de Mestrado e Doutorado, ambos em Administração de Empresas. Além destes cursos, compreende centros de pesquisa específicos: Centro de Estudos em Logística (CEL/COPPEAD), Cátedra L'Oréal de Comportamento do Consumidor, Núcleo de Empreendedorismo e Trabalho (NEET/COPPEAD), Centro de Estudos em Finanças e Controle (CEFIN/COPPEAD) e o Núcleo de Pesquisas em Internacionalização de Empresas (NuPin/COPPEAD). O Centro de Estudos em Logística – CEL é um centro de pesquisa e estudos avançados na área de Logística]

5 DEVERES DE CONDUTA

O oficial médico da Marinha, além das suas obrigações como militar, tem deveres de conduta, como profissional médico, previstos no Código de Ética Médica (CEM) e na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CDC). Serão aqui enfatizados aqueles julgados de grande relevância para minimizar a possibilidade da ocorrência de processos judiciais envolvendo pacientes, médicos e instituições de saúde.

5.1 Dever de aconselhar e informar

O dever de informar é um reflexo do princípio básico da transparência previsto pelo CDC. O médico tem o dever de informar ao paciente o diagnóstico de sua enfermidade, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao enfermo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável (CEM).

O dever de informar também é previsto no CDC, por intermédio dos seguintes artigos:

Art 4º, inciso IV, “educação e informação de fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com vistas a melhoria do mercado de consumo”.

Art 6º, inciso III, “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de qualidade e preço, bem como dos riscos que apresentem”.

Art 31º, “a oferta e a apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras e precisas, ostensivas em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros, bem como os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.”

Portanto, a informação ao paciente deve ser em linguagem clara, acessível ao enfermo e adequada à situação em questão.

Ao final, caberá ao paciente decidir sobre o tratamento recomendado (art. 46 e 56 do CEM).

O dever de informação, previsto em vários diplomas legais, é exigido pela sociedade e pelos tribunais. Todavia, o que é fundamental estar enraizado na cultura médica, é que não basta informar, é preciso provar que informou.

O documento em que o médico transmite ao paciente a informação, de modo compreensível e leal, sobre o diagnóstico de sua enfermidade, o tratamento proposto, quais as possibilidades de êxito, quais os riscos e os efeitos colaterais daí resultantes, quais as alternativas disponíveis, o porquê do tratamento escolhido, e, por fim, quais os riscos pelo fato de não ser efetuado qualquer tratamento, dá-se o nome de consentimento esclarecido, que deve ser assinado pelo paciente ou, na impossibilidade, pelo seu representante legal. O consentimento esclarecido legitima o tratamento a ser disponibilizado ao paciente. Uma cópia desse documento deverá ser anexada ao prontuário do paciente.

Todas as informações colhidas durante o primeiro atendimento e nas consultas subsequentes, bem como resultados de pareceres, alegações do enfermo ou de seu responsável legal, resultados de exames realizados, evolução clínica do enfermo, enfermidades preexistentes e outras informações de relevância deverão ser registradas no prontuário do paciente, uma vez que o mesmo constitui a primeira fonte de consulta sobre um procedimento médico contestado (CASTRO, 2005).

5.2 Dever de cuidar do paciente e de vigilância

Iniciando o tratamento, o paciente tem o direito à assistência permanente, o que por sua vez, impõe ao médico o dever de prestar os seus serviços com correção e permanente diligência, atendendo aos chamados do paciente, além de mantê-lo informado sobre qualquer alteração ou risco no transcurso dos procedimentos indicados e “consentidos” visando o pronto restabelecimento da saúde do indivíduo. Agindo dessa forma o profissional ficará isento de qualquer omissão que venha a ser caracterizada por inércia, passividade ou descaso (CASTRO, 2005).

Em casos de impossibilidade de cura ou melhora clínica, em que sabidamente a enfermidade irá evoluir para o êxito letal, caberá ao médico prover a assistência necessária

para atenuar a desordem moral e a dor física, o profissional nunca deve se esquecer do juramento ao se graduar: “a saúde do meu paciente será o meu primeiro cuidado” (WANDERBY, 1984).

5.3 Dever de prudência

O profissional tem o dever de agir com a cautela esperada, não podendo exceder-se na terapêutica, além de abster-se de intervir quando o risco é manifestadamente desproporcional à vantagem perseguida. O consentimento do paciente para uma intervenção com risco ou dano de ordem de grandeza maior que o benefício advindo não justifica o atentado à integridade física perpetrado pelo médico (CASTRO,2005).

Qualquer ato profissional mais ousado ou inovador tem de ser justificado e legitimado pela imperiosa necessidade de intervir (FRANÇA, 1988).

5.4 Dever de atualização

O médico tem o dever de estar em dia com os avanços científicos e tecnológicos de sua profissão, uma vez que a sua obrigação legal consiste em prestar os cuidados e atender aos seus pacientes segundo as técnicas adequadas disponíveis.

O CEM, em seu art 5º, estabelece que “o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.”

Portanto, a constante procura pelo aperfeiçoamento profissional, visando a proporcionar um melhor atendimento médico ao paciente, além de ser uma necessidade da “arte de curar”, constitui um dever a ser observado, sob pena de contravenção ética e descumprimento dos ditames legais.

Deixar de atualizar-se e assumir práticas médicas mais delicadas, sem uma justificativa de emergência, é uma forma manifesta de negligência e imprudência (FRANÇA,1998).

5.5 Dever de guardar sigilo profissional

Segredo consiste na “reserva de qualquer fato não publicamente conhecido de que, por qualquer modo, nos inteiramos e que, no interesse de determinadas pessoas, não devemos transmitir a terceiros” (PINTO, 1960).

“O direito ao sigilo integra o conjunto de direitos da personalidade, direitos absolutos e de ordem pública, destinados a proteger a inalienável esfera íntima das pessoas.” (CASTRO, 2005).

O dever do médico em guardar o segredo profissional é um preceito ético muito antigo, reportado à época de Hipócrates, e faz parte do juramento que todo médico faz ao se graduar. O CEM, no capítulo IX – segredo médico – artigos 102 a 109, veda ao médico “revelar fato que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Além do CEM, o sigilo médico também é agasalhado na esfera civil e criminal, esta última torna penalmente punível a violação do sigilo profissional, sem justa causa, conduta descrita como crime no art.154 do Código Penal - “revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: pena-detenção, de três meses a um ano, ou multa.”

A lei e o CEM permitem a quebra do sigilo diante de justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

A justa causa fica configurada quando a revelação dirige-se a evitar um perigo atual ou iminente, injusto para o médico, para outrem ou para a população (casamentos consanguíneos; ocorrência de enfermidade que irá colocar em risco o cônjuge ou a prole; riscos de catástrofes etc.).

O dever legal de revelar a informação está previsto no Código Penal, que prevê como crime a omissão de comunicar à autoridade pública doença cuja notificação seja compulsória.

Por fim, o cliente pode autorizar, expressamente, a quebrar do sigilo profissional, tal situação está prevista no art.102 do CEM (CASTRO, 2005).

5.6 Dever de isenção

O médico, investido na posição de perito ou de auditor, deve atuar com absoluta isenção, nunca ultrapassando os limites das suas atribuições e competência (CEM, 2003).

6 DIREITOS BÁSICOS DO PACIENTE

Os direitos básicos do paciente estão dispostos na Constituição Federal, no Código de ética Médica, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Código de Proteção e Defesa do Consumidor, em leis federais e estaduais, e em portarias do Ministério da Saúde.

Aqui serão citados os principais direitos dos pacientes, elencados no Fórum de Patologias do Estado de São Paulo organizado pela Secretaria de Estado de Saúde do governo do Estado de São Paulo:

I. O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.

II. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

III. O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.

IV. O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.

V. O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.

VI. O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.

VII. O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

VIII. O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

IX. O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

X. O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

XI. O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticas a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida com adequada informação. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.

XII. O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

XIII. O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

XIV. O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.

XV. O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.

XVI. O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.

XVII. O paciente tem o direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico) e não em código, datilografadas ou em letras de forma, ou com caligrafia perfeitamente legível, e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.

XVIII. O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

XIX. O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

XX. O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc.) antes de lhe serem administrados.

XXI. O paciente tem direito à sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

XXII. O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos.

XXIII. O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou doenças infectocontagiosas.

XXIV. O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exames laboratoriais e radiológicos.

XXV. O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.

XXVI. O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

XXVII. O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.

XXVIII. O paciente tem direito de exigir que a maternidade realize o "teste do pezinho" para detectar a fenilcetonúria nos recém-nascidos.

XXIX. O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.

XXX. O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.

XXXI. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.

XXXII. O paciente tem direito a uma morte digna e serena, podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida.

XXXIII. O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.

XXXIV. O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.

XXXV. O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

Como vimos, percebe-se que cada vez mais o legislador protege o consumidor, fornecendo-lhe até mesmo acesso gratuito à Justiça para ter seus direitos garantidos, cabendo ao prestador de serviço, seja médico ou Instituição, tomar todas as medidas profiláticas fim mitigar a possibilidade de uma solicitação de reparação sob a alegação de danos físicos e/ou morais, principalmente no momento atual, quando a “indústria da indenização” está em alta, certamente financiada pelas empresas fornecedoras de seguro médico e apoiadas por advogados sedentos por esta rendosa fatia do mercado.

7 CAUSAS DE DEMANDAS JUDICIAIS

As demandas judiciais manejadas por pacientes contra médicos e/ou hospitais têm aumentado assustadoramente nos últimos anos. Além da entrada no mercado de trabalho de um número crescente de médicos nos principais centros urbanos, outros fatores também estão ligados ao aumento das denúncias que envolvem o exercício profissional: abertura de várias faculdades de medicina nos últimos anos, com conseqüente aumento do número de profissionais no mercado de trabalho; a queda na qualidade do ensino em todos os níveis, inclusive do ensino médico; o número insuficiente de vagas para os programas de residência médica frente à grande demanda de candidatos; a falta de atualização do profissional; a ausência de uma formação jurídica pela maioria dos médicos; despreparo do profissional, alguns jogados no mercado de trabalho sem a devida habilitação e compromisso com as instituições a que pertencem; a diminuição do poder aquisitivo da população, que obrigou muitas pessoas a abandonar seus planos de saúde e recorrer aos serviços oferecidos por hospitais públicos; o aumento da demanda por serviços públicos; a falta de condições básicas para o atendimento de saúde em várias unidades federais, estaduais e municipais; as inúmeras dificuldades na implantação de políticas governamentais de saúde; a progressiva conscientização da população quanto a seus direitos, principalmente após a promulgação da nova Constituição Federal e do Código de Proteção e Defesa do Consumidor; a divulgação, pela mídia, dos erros médicos; e a evolução da tecnologia da informação, que provê ao cidadão o acesso a informações de natureza médica e jurídica em tempo real.

O paciente ou seu representante legal pode acionar o médico de várias maneiras: demanda judicial pleiteando uma indenização; por intermédio do Ministério Público e delegacias de Polícia; e por meio dos Conselhos de Medicina. Entretanto, a grande maioria das queixas chega aos Conselhos sob a forma de questionamentos de conduta profissional, oriundos da Justiça, a fim de que as respostas se tornem peças importantes dos processos abertos em suas respectivas áreas de atuação, além de um assessoramento técnico para a tomada de decisões. Paralelamente ao processo judicial, o Conselho de classe poderá dar início a uma investigação ética do comportamento profissional do acusado.

Segundo informações colhidas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em sete anos (2000 a 2006) houve um aumento de 75% de denúncias contra os médicos, bem acima da taxa de crescimento dos profissionais inscritos (26%) e da população (10,9 %) no período considerado.

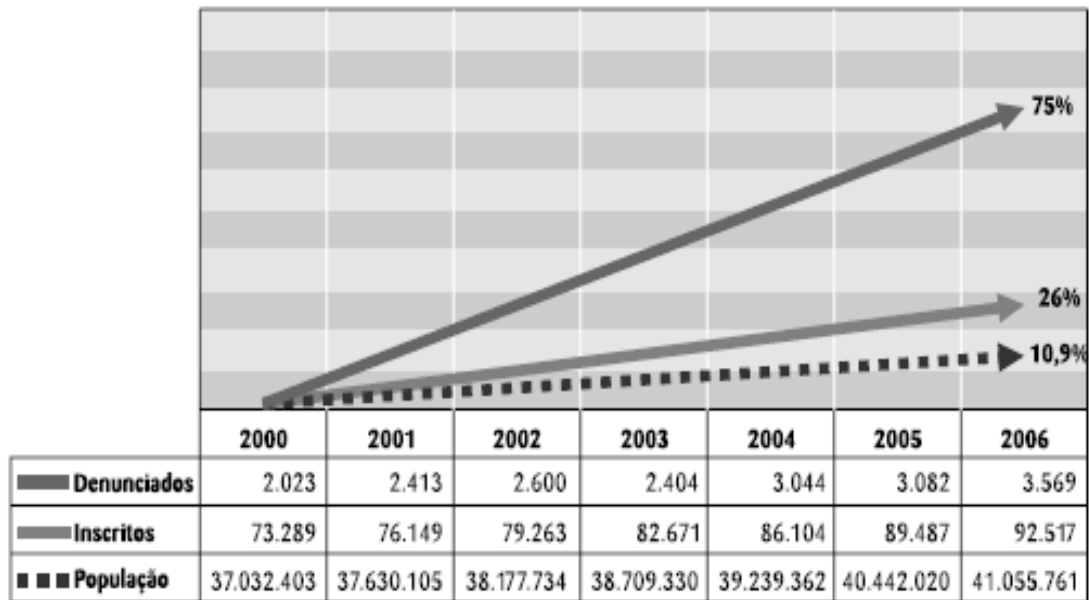


FIGURA 1 - A Evolução do número de médicos denunciados, médicos inscritos no CREMESP, e o crescimento da população no período de 2000 a 2006.

Fonte: Centro de Dados do CREMESP (2007).

Dentre as principais queixas que originam desavenças entre pacientes, médicos e instituições de saúde, podemos citar: a má prática profissional (maior causa), nesse universo se inclui as alegações de “erro médico”, termo geralmente usado para toda falha cometida por um médico no exercício de sua profissão; a indevida atenção ao paciente durante a consulta; o exagero interesse financeiro manifestado por alguns profissionais; falta ou falha no esclarecimento ao paciente sobre a sua enfermidade, tratamento e reações adversas, complicações e prognóstico; mau relacionamento médico/paciente (segunda maior causa); prescrições inadequadas ou ilegíveis; negligência pré e pós-operatória; diagnósticos errados ou mal conduzidos; emprego de métodos não sancionados cientificamente; omissão no tratamento ou no aconselhamento ao enfermo; execução do serviço sem a prévia elaboração do orçamento e autorização expressa do paciente; falta de dados, no prontuário médico, sobre o acompanhamento profissional ao paciente; receita com letra ilegível; falta de comprometimento com o paciente; má conduta profissional; erros em transfusões de sangue; falta de vigilância, por parte dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais que estão atuando na sua área; desídia do médico ou do hospital quanto ao tratamento a ser efetuado no paciente; falta de condições básicas para o atendimento médico em algumas unidades de saúde; precariedade dos serviços prestados em diversas unidades públicas; não observância do sigilo médico pelo profissional ou pelo hospital; rejeição de internação de pacientes em perigo

de morte; altas prematuras de pacientes; acompanhamento gestacional inadequado por parte de alguns obstetras; deficiência de leitos hospitalares em hospitais gerais e maternidades; troca de resultado de exames; cirurgias desnecessárias ou interessando órgãos sadios em detrimento dos afetados; omissão de socorro; abandono de plantão; assédio sexual; erro de diagnóstico; métodos inadequados de tratamento; complicações anestésicas; atraso do médico no atendimento; irregularidades na emissão de laudos, perícias, receitas, atestados médicos e atestados de óbito; atendimento em saúde da mulher (aborto, óbito materno, parto, esterilização, inseminação artificial); realização de anestesia em mais de um paciente Itaneamente; nsfusão de sangue em Testemunhas de Jeová³; e lesões sofridas por pacientes durante o período de internação (traumatismos por queda, queimaduras por instrumentos, erros na administração de medicamentos e infecção hospitalar).

As especialidades com as maiores taxas de processos, segundo o CREMESP, são as seguintes: cirurgia plástica; urologia; cirurgia do trauma; neurocirurgia; ortopedia; e ginecologia e obstetrícia.

³ O movimento religioso conhecido por Testemunhas de Jeová assume-se como uma religião cristã não trinitária. Afirmam adorar exclusivamente a Jeová e consideram-se seguidores de Jesus Cristo. Possuem adeptos em 236 países e territórios autônomos, ascendendo a mais de seis milhões e novecentos mil praticantes, apesar de reunirem um número muito superior de simpatizantes. Creem que a sua religião é a restauração do verdadeiro cristianismo, mas rejeitam a classificação de serem fundamentalistas no sentido em que o termo é comumente usado. Afirmam basear todas as suas práticas e doutrinas no conteúdo da Bíblia.

Médicos processados segundo especialidades médicas (Estado de São Paulo, 2000 a 2006)			
Especialidade*	Taxa** de processos ético-profissionais	Especialidade*	Taxa** de processos ético-profissionais
1 Cirurgia plástica	792,39	20 Cirurgia da cabeça e pescoço	144,51
2 Urologia	595,83	21 Radiologia e diagnóstico por imagem	140,30
3 Cirurgia do trauma	558,66	22 Pneumologia	132,57
4 Neurocirurgia	484,80	23 Cardiologia	127,82
5 Ortopedia e traumatologia	418,50	24 Cirurgia vascular	121,41
6 Ginecologia e Obstetrícia	378,48	25 Dermatologia	119,90
7 Oftalmologia	372,49	26 Patologia clínica/medicina laboratorial	118,62
8 Oncologia	347,22	27 Cirurgia Torácica	115,47
9 Cirurgia geral	345,17	28 Nefrologia	108,85
10 Angiologia e cirurgia vascular	342,47	29 Doenças infecciosas e parasitárias	101,57
11 Cirurgia pediátrica	329,49	30 Pediatria	96,17
12 Cirurgia Cardiovascular	320,86	31 Psiquiatria	69,11
13 Cirurgia do aparelho digestivo	320,51	32 Gastroenterologia	58,17
14 Reumatologia	305,44	33 Otorrinolaringologia	47,49
15 Endocrinologia e metabologia	270,82	34 Hematologia e Hemoterapia	47,06
16 Anestesiologia	181,28	35 Patologia	43,50
17 Medicina preventiva e social	170,47	36 Neurologia	30,80
18 Medicina geral comunitária	167,50	37 Demais especialidades	Sem processos
19 Clínica médica	153,33		

Fonte: Centro de Dados do Cremesp, 2007
* Especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
****TAXA:** Número de médicos especialistas processados dividido pelo número de médicos especialistas em atividade multiplicado pelo tempo de formado no período analisado.

Figura 2 - Taxa de médicos processados, segundo sua especialidades médicas, no período de 2000 a 2006, no Estado de São Paulo

Fonte: Centro de Dados do CREMESP (2007).

Como vimos, causas é que não faltam para que ocorra uma ação judicial contra médicos e hospitais; tal situação, acrescida do aumento do número de demandas judiciais, causa preocupação aos profissionais, fazendo com que muitos abandonem a profissão, piorando ainda mais a situação do atendimento de saúde da população.

8 ASPECTOS JURÍDICOS DO ATENDIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR

Neste tópico abordaremos os seguintes aspectos: a natureza do contrato médico; obrigação de meio e de fim; responsabilidade subjetiva e objetiva; elementos da responsabilidade civil médica e hospitalar; a culpa e o erro; o dano e as suas consequências; os excludentes da responsabilidade civil do médico e do fornecedor de serviços de saúde; o valor das indenizações; e a prescrição das ações indenizatórias.

8.1 A natureza do contrato médico

A caracterização do vínculo estabelecido entre o médico e o paciente causa grandes divergências entre os doutrinadores, alguns advogam ser um laço contratual, uma vez que, ao procurar um médico e iniciar um atendimento profissional, estabeleceu-se uma relação baseada na autonomia da vontade de ambos, isto é, um contrato.

Entretanto, não raras vezes, o contato entre os atores pode ser em decorrência de um atendimento emergencial, em via pública, por exemplo, daí ser atribuído um vínculo extracontratual, baseado no dever jurídico originário do médico, imposto por lei e não acordado entre as partes.

Por fim, outros juristas entendem que o médico não se limita a prestar serviços estritamente profissionais e que por vezes atua como conselheiro e apoio à família do enfermo. Surge aí uma natureza de contrato “*sui generis*”, esta apoiada por grandes doutrinadores, entre eles Sérgio Cavalieri Filho (2008).

Ressalta-se, todavia, que independentemente da natureza jurídica ser contratual, extracontratual ou contratual “*sui generis*”, a responsabilidade civil do médico, fundamentada nos diplomas legais vigentes, decorre da ação ou omissão do citado profissional, causando dano a outrem (CAVALIERI FILHO, 2008).

8.2 A obrigação de meio e de fim

No mundo de hoje, apesar da evolução tecnológica e científica na área da saúde, o que propiciou um aumento da expectativa de vida das pessoas, nenhum médico, por mais experiente que seja, pode garantir o sucesso do tratamento instituído, principalmente frente a um paciente grave ou em estado terminal. O profissional pode, sim, assegurar ao enfermo e à família, o tratamento atualizado necessário à enfermidade em questão, em conformidade com os preceitos éticos e à luz dos conhecimentos científicos colocados à sua disposição, incluindo aí cuidados e conselhos (CAVALIERI FILHO, 2008).

Logo, a obrigação assumida pelo médico é de meio, uma vez que o seu dever profissional é de assistência, quando se compromete a usar de todos os recursos de acordo com as técnicas daquele momento para o tratamento e/ou procedimento pelo qual se comprometeu, sem, no entanto, poder garantir a cura do enfermo (CAVALIERI FILHO, 2008).

Na obrigação de meio, caberá ao paciente, ou seu representante legal, ao pleitear uma indenização do médico, provar que o profissional agiu com imprudência, negligência ou imperícia na condução do tratamento efetuado ao enfermo.

O outro tipo de obrigação é a de resultado, em que a prestação do serviço tem um fim definido. Caso não haja o resultado esperado, haverá a inadimplência, com conseqüente ônus do devedor. Como exemplo, teríamos a obrigação de resultados nos casos da cirurgia estética, situação em que se inverte o ônus da prova, cabendo ao profissional provar que não agiu de forma imprudente, negligente ou imperita na condução do procedimento cirúrgico realizado no ofendido, caso contrário responderá pela imprecisão da prestação de serviço.

8.3 Responsabilidade subjetiva e objetiva

A responsabilidade civil do médico e do hospital gira em torno de duas teorias: a subjetiva e a objetiva, ambas caracterizadas pela presença do ato lesivo do agente causador, pelo dano ao lesado, e pelo nexo causal entre o ato lesivo e o dano. A diferença entre as duas teorias é que a primeira (subjetiva) tem na culpa do agente causador do dano o seu fundamento basilar. Na segunda não há de se falar em culpa para que fique caracterizada a

necessidade de indenizar o lesado pelos prejuízos que por ventura tenha sofrido (SOUZA, 2002).

Reportando-se ao CDC, diploma legal que disciplina as relações de consumo, verificamos que, no 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.” e, em sua §4, “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

A Súmula 341 do Supremo Tribunal Federal (STF) diz que “é presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”, tendo a instituição o direito à ação de regressiva em relação ao responsável pelo dano.

Sendo assim, baseando-se nos documentos dos parágrafos anteriores, a responsabilidade do médico é subjetiva, com culpa provada pelo autor da queixa, salvo, segundo algumas decisões judiciais, algumas especialidades, como cirurgia plástica estética, radiologia, anestesiologia e cirurgia oftalmológica refrativa, nas quais o ônus da prova de não culpabilidade caberá ao médico. Quanto aos hospitais, policlínicas e demais unidades fornecedoras de serviços de saúde, a responsabilidade é objetiva, sem que haja a necessidade de comprovação de culpa pelo paciente ou seu representante legal, cabendo a essas organizações de saúde o ônus da prova quanto a não ocorrência de defeitos na prestação do serviço.

8.4 Elementos da responsabilidade civil médica e hospitalar

Na caracterização da responsabilidade civil médica, são requisitos indispensáveis:

8.4.1 O agente:

É necessário que o médico esteja habilitado legalmente para exercer a medicina, caso contrário, haverá lesão culposa e exercício ilegal da medicina. A tendência atual é atrair para o âmbito da culpa médica todos os profissionais de nível superior que atuem na área de saúde.

8.4.2 O ato:

Deverá ser um resultado danoso de um ato lícito.

8.4.3 A culpa:

Trata-se verdadeiramente de culpa profissional, praticada sem intenção de prejudicar, nas situações que a doutrina vigente consagra: imprudência, negligência e imperícia.

8.4.4 O dano:

Sem a existência de dano real, efetivo e concreto, não existe responsabilidade médica. Este elemento objetivo, relativamente fácil de estabelecer, é condição indispensável, tanto para estabelecer o grau da pena, como a indenização.

8.4.5 O nexo causal:

É a relação entre a causa e o efeito entre o ato e o dano. Quanto à responsabilidade civil hospitalar, não há a necessidade da existência de culpa, bastando tão-somente que exista um dano e um nexo de causalidade entre o dano e a prestação do serviço que surgirá o dever de reparar, podendo a instituição ingressar com uma ação regressiva contra o médico que entende ter sido o responsável pelo atuar que ensejou o processo (FRANÇA, 1998).

8.5 Culpa e erro médico

Culpa é conceituada como sendo “a conduta voluntária contrária ao dever de cuidado imposto pelo direito, com a produção de um evento danoso involuntário, porém previsto ou previsível”(CAVALIERI FILHO, 2008), diferente do dolo, que é a “vontade consciente dirigida à produção de um resultado ilícito”(CAVALIERI FILHO, 2008).

No caso específico do médico, a culpa ocorre por violação de um ou de vários deveres de conduta impostos pela atividade profissional. Sendo assim, para a sua

caracterização, se faz necessário a competente prova pericial a ser determinada pela autoridade judiciária que está julgando o processo.

O procedimento pericial certamente irá apurar, à luz da ciência e do avanço tecnológico, se o médico tinha à sua disposição, no momento da ação supostamente culposa, condições de trabalho adequadas, além dos recursos necessários para chegar a um diagnóstico correto e executar o tratamento cientificamente preconizado, ou, se o resultado nefasto foi em consequência de imprudência (ação açodada e intempestiva), negligência (desleixo e inércia) ou imperícia (falta de conhecimentos técnicos) do profissional, sendo esta última muito discutida entre os doutrinadores, uma vez que o diploma de médico confere o livre exercício da profissão (FRANÇA, 1998).

Genericamente, erro médico consiste na falha em completar uma ação planejada parcial ou completamente; ou usar um plano errado para atingir um certo objetivo (curar o enfermo). Ocorre com maior frequência com médicos inexperientes e durante novos procedimentos em que os profissionais ainda não estão bem treinados. Os locais mais comuns de ocorrência do erro médico são: unidade de tratamento intensivo; centro cirúrgico; centro obstétrico; e unidade de emergência.

Juridicamente falando, erro médico, “quase sempre por culpa, é uma forma atípica e inadequada de conduta profissional, que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou a saúde do paciente” (FRANÇA, 1998), devendo-se levar em consideração as condições do atendimento, a necessidade da ação e os meios empregados (FRANÇA, 1998). Importante, porém, para fim de caracterização ou não da responsabilidade civil, é distingui-lo do acidente imprevisível e do mal incontrolável.

No acidente imprevisível há um resultado lesivo, supostamente oriundo de caso fortuito ou força maior, a integridade física ou psíquica do paciente, durante o ato médico ou em face dele, porém incapaz de ser previsto e evitado, não só pelo autor, mas por outro qualquer em seu lugar (FRANÇA, 1998).

O mal incontrolável seria aquele decorrente de uma situação grave e de curso inexorável (FRANÇA, 1998).

A falha culposa no desempenho do ofício pode ter como consequência ações civis e penais, a cargo dos tribunais; administrativas, sob a responsabilidade das instituições a que o médico estiver subordinado; e morais, de competência dos conselhos de medicina.

8.6 O dano e suas consequências

8.6.1 Noção de Dano

“O dano pode ser definido como a lesão (diminuição ou destruição) que, devido a um certo evento, sofre uma pessoa, contra sua vontade, em qualquer bem ou interesse jurídico, patrimonial ou não” (DINIZ, 2001).

O dano provocado pelo médico nasce da relação entre o fato gerador antijurídico (descumprimento dos deveres de cuidados e aconselhamentos, etc), a ele imputado a título de culpa (negligência, imperícia ou imprudência), levando a um resultado nefasto, que pode ser patrimonial (dano emergente e lucro cessante) ou extrapatrimonial (integridade corporal).

8.6.2 Da iatrogenia

“A expressão iatrogenia é definida como a alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo” (STOCO, 2001).

Para melhor entendimento das iatrogenias, podemos dividi-las nos seguintes aspectos:

a) legítimas pelo exercício regular da medicina, uma vez que a lesão pode ser a única forma de ministrar o tratamento ou intervir no curso da doença (incisão cirúrgica, amputações em membros gangrenados etc);

b) decorrentes de fatores individuais e próprios dos pacientes, exemplificado por reações de sensibilidade próprias de determinados pacientes sem qualquer relação de causa e efeito com a atuação do médico, desde que o paciente tenha sido instruído, e consentido, sobre as possíveis consequências iatrogênicas do procedimento, embora corretamente ministrado;

c) oriundas da omissão do paciente quanto à existência de condições orgânicas desfavoráveis;

d) advindas da técnica empregada ou do estado da ciência, o erro de técnica ocorre quando o profissional aplica de modo correto uma técnica que se mostrou ruim para aquele caso específico e, por outro lado, há imperícia quando a técnica é adequada, mas a conduta do médico foi desastrosa levando a um mau resultado. O erro é escusável quando se trata de técnica conhecida, usual e aceita, desde que bem executada por profissional habilitado; e

e) resultantes da ação culposa do médico, nestes casos se impõe a reparação da responsabilidade civil (CARVALHO, 2005).

8.6.3 Dano patrimonial e extrapatrimonial

Dano patrimonial pode ser conceituado como aquele que atinge os bens integrantes do patrimônio da vítima e que pode ser subdividido em dano emergente, quando importa a efetiva e imediata diminuição do patrimônio do paciente em razão do ato ilícito praticado pelo médico (gastos extras); e lucro cessante, que consiste na perda do ganho esperável, da expectativa de lucro, ou na diminuição do patrimônio que poderá ocorrer em decorrência da paralisação de uma atividade lucrativa que o paciente vinha exercendo antes de ter sofrido o ato danoso.

O dano extrapatrimonial é aquele intimamente ligado a integridade corporal e à vida humana (KFOURI NETO, 2007).

8.6.4 Dano moral

Dano moral constitui em uma violação do direito à dignidade humana, podendo ou não ser acompanhado por dor, vexame, sofrimento e humilhação (CAVALIERI FILHO, 2008).

O art. 5º, V e X da Constituição Federal preveem a reparação por danos morais e seu enquadramento está previsto em situações decorrentes de um erro médico culposos. O Código Civil, por intermédio de seus artigos 944 e seguintes, agasalha a questão do dano moral e a sua conseqüente indenização, sempre baseada na proporção entre a gravidade da culpa e o dano produzido. O CDC, em seu art 6º, VI e VII, também prevê reparação por danos morais.

Quanto à cumulabilidade do dano moral com o material, o Supremo Tribunal de Justiça, ao formular a súmula 37, determina: “são cumuláveis as indenizações por dano material e dano moral, oriundos do mesmo fato”. Sendo assim, um paciente pode impetrar duas ações contra o profissional de saúde ou em face da instituição, uma por danos morais e outra por danos materiais.

Atualmente, um dos maiores tormentos para o julgador se constitui na configuração ou não do dano moral, haja vista o aumento do número de ações judiciais em busca de indenizações pelos mais triviais aborrecimentos do dia a dia (Theodoro Júnior, 2007).

8.7 Responsabilidade das instituições fornecedoras de serviços de saúde

A responsabilidade civil das instituições fornecedoras de serviços de saúde está vinculada ao art.14 o CDC.

O art. 14 estabelece que “o fornecedor de serviços responde, independente 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 a sua fruição e riscos.

§1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, 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”.

Assim, as empresas que prestam serviços de saúde são responsabilizadas objetivamente, independentemente de culpa, pelos danos causados aos seus usuários, salvo se provar-ônus seu-que o defeito relativo à prestação do serviço inexistente ou não haver nexo de causalidade entre o evento danoso alegado e a prestação de serviço pela instituição (caso fortuito ou de força maior, ou fato exclusivo da vítima ou de terceiro).

Entende-se por caso fortuito aquele imprevisível e, por isso, inevitável; caso de força maior aquele que pode ser até previsível, porém inevitável (fenômenos da natureza).

Exemplificando a responsabilidade civil hospitalar destacamos a decisão do desembargador Marcus Faver, da 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, a cerca da Ap. Cível 6200/94: “Responsabilidade civil hospitalar-Paciente com insuficiência renal grave-Hemodiálise- Contaminação por vírus da hepatite B-Nexo de causalidade demonstrado- Responsabilidade do hospital. A contaminação ou infecção em serviços de hemodiálise caracteriza-se como falha do serviço e leva à indenização, independente de culpa. Aplicação, na hipótese, do art. 14, caput, do Código de Defesa do Consumidor”.

Em caso de um atendimento funesto em um hospital de uma determinada instituição, esta será responsabilizada civilmente, em caso de lide com o consumidor, uma vez que, ao contratar o médico para a prestação de serviço, responde pelo risco da escolha (culpa *in eligendo*) ou por falta de vigilância, por parte do estabelecimento, dos profissionais que estão trabalhando em suas dependências (culpa *in vigilando*). Da mesma forma, a empresa

que credencia médicos e hospitais para suprir as deficiências de seus próprios serviços, compartilha da responsabilidade civil dos profissionais e estabelecimentos que seleciona.

A sistemática de credenciamento “gera responsabilidade solidária entre todos os participantes da cadeia de fornecedores do serviço” (Sérgio Cavalieri Filho, Programa de Responsabilidade Civil, p. 385).

Como exemplo do citado no parágrafo anterior, citamos a decisão do recurso especial à 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, no julgamento do recurso especial 138.059-MG, do qual foi relator o ministro Ari Pargendler, que firmou o seguinte entendimento: “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.”

Em linhas gerais, a instituição que se compromete a prestar serviços de saúde é responsável pelas ações dos médicos que contratam, bem como dos profissionais e hospitais que credenciam para complementar sua assistência, além de outros serviços não relacionados com a ação direta do médico (COUTO FILHO, 2001 e 2002).

8.8 Responsabilidades da Administração Pública.

A evolução da responsabilidade do Estado teve seu marco inicial na doutrina da irresponsabilidade do Estado, em vigor no Estado absolutista, onde a premissa era de que o “rei não erra e não faz mal aos seus cidadãos”. As pessoas impetravam apenas ações de indenização contra o funcionário causador do dano, que, ante a insolvência deste, quase sempre resultava frustrada.

A doutrina da irresponsabilidade evoluiu para a concepção civilista da responsabilidade estatal, fundada na culpa do funcionário e nos princípios da responsabilidade por fato de terceiro, como por exemplo, mandante e representante.

Após a constatação de que o Estado não é representado por seus agentes, mas age por meio deles e dos órgãos em que atuam, foi concebida a teoria do órgão (organicista), onde o Estado é concebido como um organismo vivo, integrando um conjunto de órgãos, seus agentes, cuja vontade representa o próprio Estado, razão pela qual o dano causado ao particular imputa-se diretamente à pessoa jurídica de cuja organização faz parte o agente causador do dano.

Com a evolução da culpa individual para a culpa anônima ou impessoal, a noção civilista da culpa ficou ultrapassada, passando-se a falar em culpa do serviço ou falta do serviço, que ocorre quando o serviço não funciona ou funciona mal. Basta a ausência do serviço ou seu defeituoso funcionamento para que se configure a responsabilidade do Estado.

Como última fase, temos a responsabilidade objetiva do Estado, tendo como fundamento o princípio da igualdade, no qual há uma divisão dos ônus provenientes dos atos lesivos, evitando assim que alguns suportem os prejuízos decorrentes de atividades desempenhadas no interesse do Estado. Nesta fase, descarta-se qualquer indagação sobre a culpa do agente causador do dano.

Fim fundamentar a responsabilidade objetiva do Estado, os juristas se socorreram da teoria do risco, adaptando-a para a atividade pública, resultando daí a teoria do risco administrativo, que assume que a administração pública gera riscos para seus administradores ante a possibilidade de dano por estes causados em decorrência da atividade que executa. Como a atividade é exercida em favor de todos, nada mais justo de que todos suportem seus ônus. Sendo assim, a teoria do risco administrativo importa atribuir ao Estado a responsabilidade pelo risco criado pela sua atividade, desde que tenha relação de causa e efeito entre a ação administrativa e o dano.

Aqui cabe mencionar o significado da teoria do risco integral, que é uma modalidade da doutrina do risco que estabelece o dever de indenizar mesmo nos casos de culpa exclusiva da vítima, caso fortuito ou força maior.

No Brasil, o primeiro diploma legal que disciplinou a responsabilidade objetiva do Estado foi a Constituição de 1946, tendo como base a teoria do risco administrativo, o documento não cogitou a culpa dos agentes públicos, mas tão-somente a relação de causalidade entre a ação administrativa e o dano.

A Constituição de 1988 disciplinou a responsabilidade civil do Estado no § 6º do seu art. 37: “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado, prestadoras de serviço público, responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurando o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa”.

Nota-se que o dispositivo acima utilizou o termo “agente”, propiciando assim que a responsabilidade do Estado ocorrerá ainda que se trate de ato praticado por servidor contratado, funcionário de fato ou temporário, colaboradores sem remuneração, etc., desde que se encontre vinculado à administração pública. Todavia, tem a administração o direito constitucional de regressar contra o seu agente causador do dano, fato que só poderá ocorrer caso o Estado efetue o pagamento do prejuízo ao lesado.

Porém, é importante ressaltar que a responsabilidade é objetiva no que diz respeito ao Estado; seu agente somente possui responsabilidade subjetiva, visto a necessidade de se comprovar, neste caso a culpa.

Como observado, o texto constitucional não contempla a teoria do risco integral, isto é, não responderá quando o dano decorrer de fato exclusivo da vítima, caso fortuito ou força maior e fato de terceiro.

O ditame da Carta Magna, no entender de Sergio Cavalieri Filho, não se restringe apenas à atividade comissiva do Estado, engloba também a ação omissiva, sendo que esta só obrigaria o Estado a indenizar os prejuízos resultantes dos eventos que teria o dever de impedir, concluindo-se então que a responsabilidade estatal por ato omissivo é sempre responsabilidade por ato ilícito.

Quanto à omissão, é importante distinguir a genérica da específica, sendo a última decorrente de um dever individualizado de agir, como por exemplo, o médico que assume o plantão em um hospital público alcoolizado, cabe ao chefe do plantão impedir que o mesmo atue como profissional, caso não o faça, estará cometendo uma omissão específica.

Ainda no tocante ao ato omissivo, há divergências de opinião entre alguns juristas, uns entendem que a responsabilidade estatal é objetiva, tanto por ato comissivo como omissivo, outros advogam ser subjetiva quando se tratar de uma omissão genérica e objetiva quando específica, uma vez que, nesta última, há deveres individualizados de agir (CAVARIERI FILHO, 2008).

Não obstante, a Constituição Federal deixa transparecer, de forma cristalina, que todo o sistema de saúde, é de responsabilidade do Estado, o qual deve zelar pelo bem-estar da população, sem quaisquer ressalvas. As atividades desenvolvidas pelas empresas de saúde são consideradas de interesse público, pelo que compete ao Estado tomar as providências cabíveis no sentido de evitar eventuais negligências por parte de tais pessoas jurídicas.

O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 14, combinado com o artigo 3º, atribui ao Estado, enquanto fornecedor de serviço público, a responsabilidade objetiva por danos decorrentes da "falta do serviço público", incluindo, assim, a responsabilidade por conduta omissiva. Vejamos o que dispõe o *caput* dos dois ora artigos citados:

Artigo 3º do CDC: “Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.”

Artigo 14 do CDC: “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.”

Assim, o Estado, como fornecedor de serviço público, deve obedecer a todos os princípios e regras contidas no CDC, inclusive ao princípio contido no inciso X do artigo 6.º, que expressamente determina ser direito do consumidor "a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral”.

8.9 Excludentes da responsabilidade civil

Os excludentes da responsabilidade civil do médico e do hospital estão previstos no art 14 do CDC.

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 a sua fruição e riscos.

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

- I- o modo do 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”.

Do contido no artigo acima poderemos destacar os seguintes aspectos excludentes da responsabilidade civil, que deve ser provado pela empresa prestadora de serviço:

8.9.1 Nexo causal

Uma condição indispensável para a caracterização do delito é o nexos causal entre a prestação do serviço e o dano alegado.

8.9.2 Culpa exclusiva da vítima

Ocorre quando o paciente não segue rigorosamente as orientações fornecidas pelo médico ou pelo hospital, desde que essa conduta seja a causa direta e determinante do evento danoso.

8.9.3 Fato de terceiro

Ocorre quando um cuidador, devidamente orientado pelo médico ou hospital, dá causa direta e imediata ao evento danoso ao paciente sob seus cuidados (CAVALIERI FILHO, 2008).

Quanto à responsabilidade civil do médico, é condição excludente a não apresentação, pelo paciente ou seu responsável legal, de provas que possam afirmar ter o profissional agido com imprudência, imperícia ou negligência.

Outra condição que interfere na responsabilidade civil é a condição de atendimento ao enfermo ou acidentado, uma vez que há uma diferença muito grande entre a abordagem de um ferido durante uma operação e/ exercício e aquela realizada em um hospital terciário como o Hospital Naval Marcílio Dias.

8.10 Valor das indenizações

Quanto às indenizações a serem pagas aos pacientes, cabe citar que, após um levantamento nos Tribunais, observou-se que elas variam entre 80 a 500 salários mínimos vigentes no país, acrescidos, se for o caso, do montante das despesas que o paciente tenha que realizar para corrigir a lesão que eventualmente tenha sofrido.

Outro tipo de condenação consiste no pagamento de pensão, até permanente, ao paciente e seus dependentes, de acordo com a renda que o lesado percebia no momento da lesão que o incapacitou, além de custas do processo e honorários do advogado (COUTO FILHO; SOUZA, 2009).

8.11 Prescrição das ações indenizatórias

No antigo Código Civil de 1916, a prescrição da ação indenizatória, em face do erro médico, ocorria em 20 anos.

Com o advento do novo Código Civil, em 2003, a prescrição passa para 3 anos, conforme o art.206,§ 3º, inciso V.

Porém, alguns Tribunais aplicam os ditames do CDC, que, em seu art.27, prevê o prazo de 5 anos para a prescrição das ações indenizatórias, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e da sua autoria (COUTO FILHO; SOUZA, 2009).

A prescrição de atos contra a fazenda pública se opera com 5 anos. Tendo em vista que o médico, enquanto agente público é instrumento do Estado, este, o Estado, está sujeito as mesmas penas do seu preposto.

9 PREVENÇÃO DO ERRO DO OFICIAL MÉDICO

O erro do oficial médico no exercício da profissão não interessa ao profissional, ao paciente e nem a MB. Mesmo sabendo que falhas são inevitáveis, se faz necessária a implementação de uma série de medidas visando à prevenção da sua ocorrência, uma vez que pode levar a resultados insatisfatórios para o paciente ou para um ferido durante uma operação e/ ou exercício militar, além de gerar ações judiciais contra os oficiais médicos ou em face da Instituição.

Algumas medidas poderão ser implementadas, caso aprovadas, e incrementadas, visando a mitigar a ocorrência do erro médico, dentre elas destacamos:

I. Atualização e aperfeiçoamento científico: a atividade profissional do oficial médico da MB requer um constante aprimoramento técnico e científico, que só irá ocorrer por intermédio da sua participação em congressos, simpósios e contato constante com o paciente e com profissionais mais experientes. Um cirurgião, quando afastado do centro cirúrgico, terá seu desempenho seriamente prejudicado quando da necessidade de um atendimento emergencial a um ferido.

II. Participação das Organizações Militares: É de fundamental importância dispor ao oficial médico todos os meios necessários (medicamentos, apósitos e equipamentos) ao enfrentamento de uma situação de emergência. Quanto ao adestramento técnico, enfatizamos a necessidade de que os oficiais médicos embarcados concorram à escala de serviço dos hospitais navais da área, uma vez que o médico afastado do hospital tende a negligenciar os avanços tecnológicos e científicos, fato que propicia a ocorrência de um erro médico, podendo com isso gerar consequências jurídicas para o profissional e para a Instituição que o contratou.

III. Assessoramento ao comando: o oficial médico deverá assessorar o comando de sua OM quanto às necessidades de medicamentos, apósitos e equipamentos necessários à prestação de um correto atendimento, seja no departamento de saúde como por ocasião de numa manobra e/ou exercício. Deverá também ter um estreito contato com o hospital naval da área, a fim obter orientação especializada para os casos mais graves que por ventura possam ocorrer.

IV. O oficial médico deverá participar ao seu comandante todas as ocorrências de erro médico, a fim de que obtenha deste as orientações necessárias para que tais eventualidades não mais ocorram. Caso seja necessário, solicitar orientações, após participar ao comandante, de como proceder, ao hospital naval da área ou a DSM

V. Fiscalização do exercício profissional: o acompanhamento das atividades profissionais é muito bem realizado pela MB, seja pelos comandantes de OM como pela Diretoria de Saúde da Marinha, órgão técnico que tem como uma das diversas atribuições assessorar a Alta Administração Naval sobre os assuntos atinentes à área de saúde.

VI. Criação de protocolos de segurança quanto aos procedimentos médicos nas OM hospitalares, operativas e de ensino.

VII. Criação de um sistema de notificação de erro médico, visando tão-somente ao aprendizado e a prevenção de sua recorrência (BUTTER; CAMPOS,2009).

VIII. Manter, no mais elevado grau, uma cultura de segurança quanto aos procedimentos médicos em todas as OM da MB.

IX. Adestramento constante dos enfermeiros lotados em OM operativas, em virtude da possibilidade da ocorrência de acidentes com vítimas durante manobras e exercícios.

X. Elaboração, pela diretoria técnica, de uma coletânea contendo os erros médicos mais frequentes, com o fito de divulgar as ocorrências e orientar os profissionais mais inexperientes, principalmente os embarcados em OM operativas.

XI. Admitir erros e colaborar na prevenção é obrigação de todos (BUTTER; CAMPOS,2009).

XII. Trabalhar, sempre que possível, em condições de segurança (BUTTER; CAMPOS,2009).

XIII. Ações administrativas frente ao erro: punitiva em casos de desvios de conduta (imprudência e negligência); e retreinamento e aconselhamento em situações de falha sem desvios de conduta.

XIV. Identificação correta do paciente, com NIP e nome completo.

XV. Padronização dos procedimentos e medicamentos utilizados (BUTTER; CAMPOS,2009).

XVI. Estreita relação dos oficiais médicos lotados em OM não hospitalares com os profissionais dos hospitais navais da área.

XVII. Os oficiais médicos mais antigos deverão sempre ter em mente que o profissional embarcado é mais inexperiente e que muitas das vezes está sozinho ante a um problema sério de saúde com algum tripulante. É dever do médico mais antigo auxiliar os mais novos nas resoluções dos problemas de saúde de suas OM.

XVIII. Reformulação curricular: nivelar os conhecimentos profissionais por intermédio de um curso de emergências médicas a ser administrado, a cargo da diretoria especializada ou de uma OM por ela determinada, paralelamente aos cursos de formação de oficiais. Nos cursos seriam abordados temas atinentes as enfermidades mais comuns, tanto na área operativa quanto assistencial.

XIX. Curso de emergência médica, administrado anualmente nos hospitais navais, sob a orientação técnica da DSM, visando a manter os profissionais de saúde no mais alto grau de conhecimento técnico e científico.

XX. Curso anual de medicina operativa, sob a orientação técnica da diretoria especializada ou OM por ela determinada, voltados aos profissionais embarcados em OM operativas.

10 SUGESTÕES PARA MITIGAR A OCORRÊNCIA DE AÇÕES JUDICIAIS

Além da prevenção do erro médico, algumas medidas complementares são passíveis de serem tomadas para mitigar a ocorrência de ações judiciais contra os oficiais médicos ou em face da MB:

I. Otimização da relação médico/paciente:

Requisito primordial de uma boa prática médica. Já está provado que uma boa relação médico /paciente diminui a possibilidade de complicações com o tratamento, além de mitigar a ocorrência de demandas judiciais. O médico não poderá afastar de sua mente, nem por um instante, o que o paciente espera dele (COUTO FILHO; SOUZA, 2009).

A transparência e a objetividade devem imperar no relacionamento entre o esculápio e seu paciente (COUTO FILHO; SOUZA, 2009).

II. Formação militar e aperfeiçoamento técnico:

Como vimos anteriormente, o médico integra as fileiras da MB sob quatro formas: como integrante do Corpo de Saúde da Marinha; por convocação para a prestação do serviço militar obrigatório; por intermédio do serviço militar voluntário; ou em virtude da convocação de emergência determinada pelo Presidente da República. Mesmo tendo o processo de formação militar diferenciado, em nenhum deles o futuro oficial não recebe instrução sobre a responsabilidade civil, fato que também ocorre durante o curso acadêmico (PRESTES JUNIOR, 2007). O desconhecimento sobre o assunto expõe o oficial médico e a MB a ações judiciais de reparação de danos supostamente ocorridos com os usuários do sistema.

Assim propomos uma reformulação curricular, incluindo um módulo de responsabilidade civil do médico em todos os cursos de carreira, a partir do curso de formação de oficiais.

III. Obrigatoriedade da realização de palestras anuais sobre responsabilidade civil do médico, com presença prioritária dos oficiais médicos mais modernos.

IV. Medidas visando à conscientização de todos os oficiais médicos quanto às ações a serem implementadas visando à prevenção do erro médico e de lides com seus pacientes ou familiares dos mesmos.

V. Correto preenchimento do prontuário médico e das fichas de atendimento.

O prontuário médico deve ser preenchido com correção, clareza, sem excesso de siglas e conter todas as informações relativas ao paciente. A cópia do prontuário é o primeiro documento requisitado pelo juiz, pode constituir uma linha de defesa do profissional e da instituição ou ser usado contra ambos (COUTO FILHO; SOUZA, 2009).

VI . Letra legível nas prescrições e relatos médicos (COUTO FILHO; SOUZA, 2009).

É dever do profissional mais antigo alertar aos novatos quanto aos riscos de prescrições e relatos com letras ilegíveis. A receita médica deverá ser mais clara possível, detalhando o que está escrito para evitar dúvidas na hora da aquisição do medicamento junto ao comércio.

VII. Estreita relação dos oficiais médicos lotados em OM não hospitalares com os profissionais dos hospitais navais da área, visando às orientações técnica, administrativa e judicial.

VIII. Estreita comunicação entre o médico e seus pacientes.

Ouvir o enfermo, compreender suas angústias e dificuldades, apoiá-lo, acompanhá-lo e torná-lo seguro de que está no caminho certo.

Fale com o paciente olhando nos seus olhos, ouça com paciência e mostre interesse no que ele está dizendo.

IX. Manutenção das boas práticas de atendimento médico hospitalar, que caracteriza o nível de excelência do tratamento de saúde proporcionado pelo CSM.

X. Maior aproximação do médico com seu pacientes, principalmente quando esses estiverem internados.

XI. Não comentar sobre assuntos administrativos ou particulares quando de uma consulta ou procedimento médico.

XII. Obter sempre o consentimento informado por escrito.

XII. Jamais abandonar o paciente. Nos casos de necessidade da ausência do médico, o fato deverá ser comunicado ao paciente, bem como o nome do profissional substituto.

XIII. Não realizar atendimento por telefone, o serviço telefônico médico não é ético, ferindo os artigos 62 e 134 do CEM.

XIV. Promoção, pelos diretores e comandantes de OM, de atividades proativas permanentes, orientando e instruindo os oficiais médicos sobre os principais conceitos jurídicos e éticos que norteiam as atividades de saúde.

XV. Amar seu paciente e a instituição em que trabalha.

11 CONCLUSÃO

A responsabilidade civil médica, referida pela primeira vez no código de Hamurab, há aproximadamente 1795 a 1950 a.C, passou a ter uma grande repercussão nacional após o advento da Constituição Federal de 1988, do novo Código Civil e do Código de Proteção e Defesa do Consumidor de 1990, diplomas que mudaram radicalmente as relações entre pacientes, médicos e organizações fornecedoras de serviços de saúde, passando a indenização por danos a integrar definitivamente o nosso ordenamento jurídico.

Em paralelo, o país experimentou diversas mudanças em seu cenário político e social, graças à evolução da tecnologia da informação, que permitiu o acesso de um número cada vez maior de pessoas a uma série de informações em tempo real, além da conscientização da população dos seus direitos previstos na nova legislação.

No aspecto econômico, observou-se um empobrecimento da população, fato que obrigou muitas pessoas a abandonar seus respectivos planos de saúde e recorrer à precária rede pública de hospitais para o tratamento de suas enfermidades.

No campo da educação, ocorreu uma queda significativa na qualidade do ensino em todos os níveis, fato que se refletiu nas escolas de medicina, que passaram a graduar alguns profissionais sem a qualificação necessária para o desempenho de uma atividade de alta relevância, situação que gerou um aumento do chamado “erro médico”, com consequente transtorno administrativo para as instituições de saúde.

Os fatos citados, acrescidos da “indústria da indenização”, alimentada pela mídia e por advogados desejosos de auferir lucros vultosos, contribuíram para o aparecimento de uma crescente demanda de ações judiciais contra médicos e/ou em face de instituições fornecedoras de serviços de saúde, tendo como escopo a pretensão do autor em receber pecúnia.

A Marinha do Brasil, instituição secular que prima pela hierarquia, disciplina e excelência de seus processos administrativos, não está livre dessa “onda de indenizações”, uma vez que possui um número significativo de usuários distribuídos em todo o território nacional, vários muito exigentes e centenas cientes de seus novos direitos advindos da legislação vigente; um contingente de oficiais médicos bastante heterogêneo, alguns com larga experiência profissional, detentores de títulos de mestrado e doutorado, outros recém-formados cumprindo o serviço militar obrigatório ou convocados como voluntários, e finalmente aqueles em fase de especialização ou residência médica. Tais oficiais, em sua

grande maioria, não possuem conhecimentos mínimos sobre a responsabilidade civil do médico, fato que causa apreensão de todos ante a possibilidade de uma ação indenizatória contra si ou em face da Marinha do Brasil.

Outro ponto a ser observado se refere à atividade fim da MB, que implica a execução de manobras e exercícios à bordo de navios, muitas das vezes longe da costa brasileira, com mar revolto, ou na selva, com os fuzileiros navais. Neste cenário, o apoio de saúde, embora dotado dos equipamentos necessários a fazer frente a uma situação de emergência, se restringe a um oficial médico e Praças técnicos de enfermagem.

Em face do exposto, conclui-se que se faz necessário a implementação de medidas preventivas, técnicas e administrativas, visando à prevenção do erro médico e a mitigar a ocorrência de lides judiciais envolvendo usuários do Sistema de Saúde da Marinha, oficiais médicos e a MB, de modo que muitas das ações esplanadas no item 10 podem ser tomadas como sugestões a serem implementadas. Afinal, prevenir é sempre melhor e mais barato.

REFERÊNCIAS

- BITTAR, Carlos Alberto. **Responsabilidade Civil Médica, odontológica e Hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 1991.p.99-104.
- BUTTER Anna; CAMPOS, Talita. **Qualidade e Segurança para o Paciente**. Palestra proferida no Instituto COPPEAD de Administração em 07 jul 2009.
- CARVALHO, José Carlos Maldonado. **Iatrogenia e Erro Médico Sob o Enfoque da Responsabilidade Civil**. Rio de Janeiro; Lúmen, 2005, p.17-168.
- CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Editora Método 2005.p.94-137.
- CAVALIERI FIHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 8.ed.São Paulo: Editora Atlas, 2008.p.2,p.369-388.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Código de Ética Médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2003.p. 8-58.
- COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. **Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar-orientação profissional**. 3. ed.Rio de Janeiro: Ministrar Express Editora de Impressos Ltda, 2002.p.8-29.
- COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. **Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar: repertório jurisprudencial por especialidade médica; teoria da eleição procedimental; iatrogenia**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.p.13-46.
- COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. **Responsabilidade Civil Médica e Hospitalar**. Palestra proferida no Instituto COPPEAD de Administração em 21 jul 2009.
- DANTAS, Eduardo Vasconcelos dos Santos. **Aspectos Históricos da Responsabilidade Civil**. 2003. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4288>. Acesso em 23 jan 2009.
- DIAS, Hélio Pereira. **A Responsabilidade pela Saúde: aspectos judiciais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.p.40-57.
- DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2001, vol 7, p.240.
- FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 5.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1998.p.389-403.
- FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELOS, Ana Cristina. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas**. 8 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil Do Médico**. 6.ed.São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.p.61-199.

MICHAELIS. **Minidicionário escolar da língua portuguesa**. 5 ed. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2000. P.202, 517.

PINTO, Antonio de Souza Madeira. **O Segredo Profissional**. **Revista dos Tribunais**. São Paulo, n.299, 1960, p.26.

PRESTES JUNIOR, Luiz Carlos leal. **A Importância do Ensino do Direito Médico nos Cursos de Graduação em Medicina**. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Rio de Janeiro, 2007.

RIO DE JANEIRO, Conselho Regional de Medicina. **Manual do Diretor Técnico**.5 ed. Rio de Janeiro: Navegantes editora e gráfica, 2006.p.277-281.

SOUZA, Neri Tadeu Camara. **Erro Médico e o Novo Código Civil**.2003. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3845> Acesso em 23 jan 2009-07-25

SOUZA, Neri Tadeu Camara. **Responsabilidade Civil do Médico**.2002. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2582>> acesso em 23 jan 2009.

STOCO, Rui. **Iatrogenia e Responsabilidade Civil do Médico**. Revista dos Tribunais. São Paulo,n.784, 2001, p.105.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Dano Moral**. 5.ed.São Paulo; editora Juarez de Oliveira, 2007.p.1-60.

WANDERBY, Lacerda Panasco. **A Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos**. 2.ed.Rio de Janeiro: Forense, 1984, p.451.

ANEXO A

LEGISLAÇÃO - REGULAMENTAÇÃO, ALTERAÇÕES E ATOS RELACIONADOS

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)

Constituição da república Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/ 1992 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n^{os} 1 a 6/1994- 29.ed- Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.

CÓDIGO CIVIL (2002)

Código Civil instituído pela lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR (1990)

Código de Proteção e Defesa do Consumidor instituído pela Lei Ordinária n. 8078, de 11 de setembro de 1990.

PLANO DE CARREIRA DE OFICIAIS DA MARINHA,

Ver.8, capítulo 2.

PORTARIA Nº 383/MB, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2008.

Aprova as Instruções gerais para os Estágios e a Prestação do Serviço Militar pelo Militares da Reserva de 2^a e 3^a classes da Marinha.

NORMAS PARA O PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO CORPO DE SAÚDE DA MARINHA (PS-CSM)

em 2009 da Diretoria de Ensino da Marinha.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL)

Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.246/88-11. ed. Rio de Janeiro: Navegantes Editora Gráfica Ltda, 2003.

CÓDIGO PENAL (1940)

Código Penal instituído pelo Decreto-Lei n.2848, de 7 de dezembro de 1940.

ANEXO B

JURISPRUDÊNCIA e DECISÕES JUDICIAIS

I Acórdão da 6ª Câmara Civil do egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro prolatado no julgamento da Ap. cível 5.174/92, do qual foi relator o doutor Des. Laerson Mauro:

“Responsabilidade civil-Erro médico-Configuração.

Em vista de que o médico celebra contrato de meio, e não de resultado, de natureza sui generis, cuja prestação não recai na garantia de curar o paciente, mas de proporcionar-lhe conselhos e cuidados, proteção até, com emprego das aquisições da ciência, a conduta profissional suscetível de engendrar o dever de reparação só se pode definir, unicamente, com base em prova pericial, como aquela reveladora do erro grosseiro, seja no diagnóstico como no tratamento, clínico ou cirúrgico, bem como na negligência à assistência, na omissão ou abandono do paciente etc., em molde a caracterizar falta culposa no desempenho do ofício, não convindo, porém, ao judiciário lançar-se em apreciações técnicas sobre métodos científicos e critérios que, por sua natureza, estejam sujeitos a dúvidas, discussões, subjetivismos”.

II - 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp 138.059-MG, do qual foi relator o Min.Ari Pargendler, firmou o seguinte entendimento:

“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”.

III - TJRJ, Ap.cível 304/95(2ª C.,rel. Des. Lindbergh Montenegro)

“Responsabilidade civil de médico-Erro médico-Dano moral-Indenização-critério de fixação.

Ação de indenização-Dano-moral-Constrangimento experimentado pela autora, quando em exame ginecológico teve seu hímen rompido, por imperícia médica-Confirmação de sentença que deu pela procedência do pedido”.

IV - STJ, REsp 467878-RJ (4ª T., rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar)

“Responsabilidade civil-Santa Casa-Consentimento informado.

A Santa Casa, apesar de ser instituição sem fins lucrativos, responde solidariamente pelo erro do seu médico que deixa de cumprir com a obrigação de obter o consentimento informado a respeito de cirurgia de risco, da qual resultou a perda da visão da paciente”.

“Responsabilidade Civil. Médico. Consentimento informado.

A despreocupação do facultativo em obter do paciente seu consentimento informado pode significar-nos casos mais graves-negligência no exercício profissional. As exigências do princípio do consentimento informado devem ser atendidas com o maior zelo na medida em que aumenta o risco, ou o dano”.

V - TJRJ, Ap. cível 217/96 (2ª C., rel. Des. Sergio Cavaliere Filho)

“Responsabilidade civil-Estabelecimento hospitalar-Morte de recém-nascido-Alta hospitalar prematura-Indenização circunscrita ao dano moral. A alta hospitalar prematura de criança nascida com peso inferior ao normal e com deficiência respiratória, constitui, até aos olhos do leigo, a causa adequada da morte do recém-nascido, sendo prova inequívoca da relação de causalidade o fato de ter o falecimento ocorrido cerca de oito horas após a alta.

Como prestadores de serviço que são, os estabelecimentos hospitalares respondem objetivamente pela reparação dos danos causados aos consumidores”.

VI - Recurso de Apelação Cível nº 2005.001.14032- 8ª Câmara Cível-TJRJ

“Responsabilidade Médica. Erro de diagnóstico. Dever de informar. Contrato de prestação de serviços. Obrigação de meio.

...Tratando-se de uma obrigação geral de prudência e diligência, tem o profissional médico dever de informar, esclarecendo ao paciente todas as questões referentes ao caso levado ao seu exame”.

VII - DJ 17/05/1999, 2ª Turma, rel. Min. Adir Passarinho Junior.

“Recurso Especial-Indenização por Danos Morais e Materiais-Ação ajuizada pelo marido e filhos da vítima falecida por erro médico-Danos morais-Indenização fixada em quinhentos salários mínimos-Redução para trezentos salários mínimos-Razoabilidade-Precedentes”.

VIII - Recurso Especial nº 2004/0171881-9-QUARTA TURMA-STJ

“Responsabilidade Civil. Reparação de dano moral. Prescrição, matéria preclusa. Exame laboratorial HIV-AIDS. Falso positivo. Dever de informar o paciente sobre a possibilidade do resultado não ser conclusivo. Responsabilidade do laboratório. Indenização por danos morais..”

IX - TJPR-1ª Câ. Civ.-Ap.Cív. 24.433-1- Londrina-j.07061994-rel. Des. Osiris Fortuna-j.07.06.1994.

“Responsabilidade Civil- Indenização- Negligência- Bisturi eletrônico- Descarga elétrica- Ausência de equipamentos necessários à segurança do hospital e centro cirúrgico- Lesão grave- Amputação do pé esquerdo e perda parcial de alguns dedos do pé direito da paciente- Redução da capacidade laborativa- Procedência”.

X - TJRJ- 3ª Câ. Cív.-Ap. Cív. 12/90-RJ-j.20.08.1991-Rel. Des. Hermano Duncam Ferreira Pinto.

“Negligência Hospitalar- Comprovada pela permanência da doente em estabelecimento em que inexistiam meios ao tratamento, somente sendo providenciada sua remoção para outro nosocômio onde existiam recursos adequados, quando já o mal havia avançado, deixando-a entre a vida e a morte, e produzindo nela os danos comprovados no processo- Confirmação da sentença que reconheceu a responsabilidade e determinou o pagamento de indenização”.

XI - TJSP- 4ª Câ. Cív.- Ap. Cív. 118.420-1-SP-j.24.06.1993- rel. Des. Ney Almada.

“Indenização-Responsabilidade civil-Erro médico-Ajuizamento contra hospital, cirurgião e anestesista- Solidariedade reconhecida- Questionamento de pormenores técnico-científicos complexos- Desnecessidade- Suficiência, para o reconhecimento da culpa, do enfoque do comportamento dos réus, sob a ótica jurídica- Ação procedente-Recursos não providos”.

XII - TAMG-3ª Câ. Cív.-Ap. Cív. 153.433-8-MG-j.09.06.1993-rel. Juiz Tenisson Fernandes.

“Responsabilidade civil- Instituição hospitalar-Médico-Solidariedade.

Responsabilizam-se solidariamente o estabelecimento hospitalar e o médico que deixa de ministrar adequado medicamento a parturiente, ocasionando a morte do feto”.

XIII - REsp 81.101-PR, 3ª Turma, do qual foi relator o eminente Min. Waldemar Zveiter.

“Cirurgia estética ou plástica-obrigação de resultado (responsabilidade contratual ou objetiva)- Indenização- Inversão do ônus da prova. Contratada a realização da cirurgia estética embelezadora, o cirurgião assume obrigação de resultado (responsabilidade contratual ou objetiva), devendo indenizar pelo não cumprimento da mesma, decorrente de eventual deformidade ou de alguma irregularidade. Cabível a inversão do ônus da prova”.

XIV - TJRJ, 13ª Câ. Cív. Ap.Civ. 13.154/2007, rel. Des. Sergio Cavalieri Filho.

“Responsabilidade civil hospitalar- Inexistência de defeito na prestação do serviço- Sequelas suportadas pela autora decorrentes da gravidade da própria doença- Ausência de nexo causal entre o serviço prestado e o dano. Desprovimento do recurso”

XV - TJRS, 10ª Câ. Crim.-Ap. Civ. 70009843251, rel. Des. Luiz Ary Vessini de Lima-j.25.11.2004.

“Responsabilidade civil-Danos materiais e morais- laqueadura de trompas de falópio.

.....o requerido, em sua defesa, provou o fato extintivo do direito pretendido na inicial. Demonstrando que não houve qualquer conduta indevida do médico, com o que se afasta o dever de indenizar. Condenada a autora em litigância de má-fé. Negado provimento ao apelo”

XVI - TAPR, 9ª Câ. Cív.- Ap. Cív. 255050-9/ Curitiba- Rel. Juiz com. Antonio Loyola Vieira- j. 11.05.2004- DJ 21.05.2004.

“Apelação cível- Ação de reparação de danos- Responsabilidade civil- Dano moral-Condução médica- Não comprovação de culpa- afastado o dever de indenizar- Sentença incensurável- Recurso conhecido e desprovido”.