

Pós-Graduação
Perícia Médica

ERRO MÉDICO SOB A ÓTICA JURÍDICA

MARIANA MASSARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

FUNDAÇÃO UNIMED

PÓS-GRADUAÇÃO EM PERÍCIA MÉDICA

DISCIPLINA: ERRO MÉDICO SOB A ÓTICA JURÍDICA (10 H/A)

PROFESSORA: MARIANA MASSARA RODRIGUES DE OLIVEIRA *Defensora Pública do Estado de Minas Gerais, Mestre em Direito Civil, pela Universidade Federal de Minas Gerais, com a dissertação: Responsabilidade Civil dos Médicos: Repensando a natureza jurídica da relação médico-paciente em Cirurgia Plástica Estética e seus reflexos em relação ao ônus da prova.*

1 - INTRODUÇÃO E OBJETIVO DA DISCIPLINA

Na atualidade, a responsabilidade civil médica tornou-se, em todo o mundo, um tema que desperta muito interesse da sociedade, da área jurídica e, diretamente, da classe médica, que deve pautar sua conduta profissional com humanidade, dedicação e ética, a fim de resguardar, cuidadosamente, a integridade psico-física e a vida de seus pacientes, de acordo com os avanços e as disponibilidades da ciência.

O objetivo de tal disciplina relativa à responsabilidade civil do médico oriunda da falha médica decorre da notória ausência de envolvimento de vários juristas na tratativa da matéria, em muitos casos, que vem sendo enfrentada de modo superficial e insuficiente, portanto, sem o aprofundamento necessário, gerando imprecisões, contradições e incoerências em relação às questões que serão discutidas, tendo em vista o confronto entre a literatura especializada médica e a doutrina jurídica e as decisões majoritárias dos tribunais do país. Impõe-se, pois, a revisão de certos conceitos pré-estabelecidos, mas não efetivamente demonstrados, bem como de determinadas posturas assumidas, em ambas as áreas - médica e jurídica.

Uma análise desse porte assume uma valia imediata, tanto para os aplicadores do Direito, como também para os profissionais da Medicina. Na área do Direito, vale como instrumento de trabalho, para solução adequada e justa do conflito. Na área médica, vale como alerta, precaução e orientação, no sentido de permitir que os profissionais exerçam as suas atividades de uma maneira mais segura e tranqüila, evitando-se uma Medicina que se exima de correr riscos, que são inevitáveis, em muitos casos, além de resguardar aos pacientes o direito à informação integral referente às intervenções clínicas/cirúrgicas sofridas. É de fundamental importância que as demandas que envolvam "erro médico" possam ser tratadas de modo mais adequado e coerente, ao se analisar a natureza e reações do corpo humano, bem como os efeitos decorrentes de uma intervenção clínico-cirúrgica, rumo à consolidação

de um verdadeiro Direito Médico.

A relevância de tal discussão reside, ainda, na constante intervenção do profissional da Medicina, de quem cada vez mais se exige, diante da amplitude e profundidade das novas técnicas implementadas, da complexidade das numerosas e infindáveis descobertas sobre o complexo funcionamento do organismo humano, bem como da crescente exigência social de culto ao corpo, a qual por sua vez, desencadeia as anomalias psíquicas ou emocionais dos pretensos pacientes, que buscam uma boa saúde não só física, mas mental.

Ademais, o fato de ser uma matéria relativamente recente em nosso país, ao menos perante a idade da Medicina e da responsabilidade civil, fortalece o interesse de estudo mais detalhado e analítico sobre tal tema, vez que as atividades médico-cirúrgicas, apesar de impotentes ante determinados fatos, revelam-se imprescindíveis ao homem em sociedade, permitindo a geração natural de vidas, a preservação de saúde, a cura de doenças, a correção de problemas físicos ou psíquicos, enfim, benefícios variados às comunidades, em todos os países do mundo. Merece, portanto, a responsabilização desses profissionais uma análise detida, cuidadosa e apurada.

Uma profissão que penetra na intimidade da vida do indivíduo e se estende à coletividade, necessita de um grande apoio jurídico que lhe dê segurança e garantia no exercício de sua atividade e, como tal, compete a seus profissionais respeitarem os atributos da personalidade do paciente, zelando por uma atuação séria e ética, que deve nortear a profissão.

A análise da necessidade e da importância da intervenção médica, seja ela clínica ou cirúrgica, para a saúde do paciente, bem como a inerência do risco que ela envolve são temas que mais pertencem à ciência médica que ao Direito, motivo pelo qual não pode o problema da responsabilidade civil médica cingir-se ao campo das noções jurídicas. Os dados mais relevantes na espécie são aqueles que a moderna Medicina levanta em torno das intervenções no ser humano. Desses elementos, e não de pré-conceitos

estranhos à ciência médica, é que se deve partir para a construção da teoria da responsabilidade civil do médico.

1.1 - Metodologia

A fim de alcançar o objetivo proposto, a metodologia a ser desenvolvida no presente módulo assume um cunho transdisciplinar, vez que inter-relaciona Direito e Medicina, privilegiando a vertente jurídico-sociológica ou empírica, já que se propõe a compreender um fenômeno médico-jurídico no ambiente social mais amplo, analisando a efetiva natureza jurídica da relação médico-paciente defeituosa ou não, mas que pode vir a gerar não só os danos materiais, mas também os morais e estéticos para o doente, preocupando-se assim, com a faticidade da Medicina e as relações contraditórias que estabelece com o Direito, mediante investigações comparativas e propositivas. Para tanto, haverá o estudo da legislação pertinente e da doutrina jurídica, bem como das decisões dos Tribunais, frente à posição da ciência e literatura médicas relativas ao tema em foco, além da análise e discussão de laudos periciais de processos judiciais, onde se pretendeu imputar erro na conduta do profissional médico.

2 - NOÇÕES BÁSICA DE RESPONSABILIDADE CIVIL E CONTEXTUALIZAÇÃO/CONCEITO DO ERRO MÉDICO

A *responsabilidade civil* decorre das regras de convivência social, que constituem os deveres de conduta (positivos de dar ou fazer, ou negativos, de não fazer ou tolerar alguma coisa) impostos a uma sociedade.

Em sentido estrito, consiste na obrigação de reparar danos resultantes do dever geral de *neminem laedere* (não lesar ninguém) - "*todo aquele que causa dano será obrigado a indenizar*".

Assim, o conceito da *responsabilidade civil* pode ser definido como a obrigação que pode incumbir a uma pessoa de reparar o prejuízo causado a outra por fato seu (por conduta própria), ou pelo fato das pessoas (às quais o responsável está ligado, de algum modo, por um dever de guarda, vigilância e cuidado, como por exemplo: pais respondem pelos atos dos filhos menores sob o seu poder; o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados; o patrão, por seus empregados) ou pelo fato das coisas dela dependentes (coisas em geral, como objetos ou animais sob os seus cuidados, que possam causar danos a terceiros).

Neste contexto, o médico tem o dever de agir com diligência e cuidado no exercício de sua profissão, exigíveis de acordo com o estado da ciência e as regras consagradas pela prática médica (salientando, por exemplo, os deveres médicos positivos de prestar de informações claras e adequadas, bem como de colher o consentimento esclarecido do paciente; e negativos, o dever de abster-se do abuso de poder, do qual se afasta o médico ao prometer resultados cirúrgicos incertos/imponderáveis, por exemplo).

ERRO pode gerar DANO

Erro médico é, pois, o resultado da conduta profissional inadequada, que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde de alguém, mediante imperícia, imprudência ou negligência, impondo ao profissional a responsabilidade pela indenização do lesado.

3 - DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA: BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Grande parcela dos doutrinadores afirma que a Medicina esteve durante muito tempo revestida de um caráter religioso e místico, em um contexto em que não se responsabilizava o médico, o qual apenas participava de um ritual dependente da vontade divina, sendo-lhe conferida uma conduta inquestionável - médico da família, amigo e conselheiro, figura de uma relação social que não admitia dúvida sobre a qualidade de seus serviços e, menos ainda, a litigância sobre eles¹.

Todavia, é legítimo observar que, embora a prática médica estivesse umbilicalmente vinculada à religião, na Antiguidade, não houve obstáculos ao surgimento do embrião da responsabilidade civil, que foi tratada de modo até muito severo, em algumas sociedades.

3.1 - Antiguidade

Como bem elucidou Kfoury Neto², citando Pio Avecone, o médico, na fase mais antiga, não era considerado um especialista em determinada matéria, mas um mago ou sacerdote dotado de poderes curativos sobrenaturais. Tal crença decorria da total ignorância a respeito da etiologia de todas as doenças e da inconsciência de como o organismo humano reagia àqueles processos de cura.

Delton Croce³ suscita a dificuldade de se falar, com convicção, que, nos primórdios da humanidade, no que pertine ao castigo da falha médica, existissem preceitos que regulavam de modo específico o dano e sua reparação, já que a provocação de uma lesão propiciava imediata e pronta reação vingativa guiada pela brutalidade do instinto, com conseqüências

¹ REALE, Miguel . Código de ética médica. *Revista dos Tribunais*, v.66, n. 503, p. 47-53, set. 1977.

² KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001 p.37-38

³ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. *Erro médico e o direito*. São Paulo: Oliveira Mendes, 1997, p. 3-4.

selvagíneas em relação ao ofensor, desnudada de paridade ou equivalência entre a ação prejudicial e a reação do ofendido, demonstrando a completa inadequação da vingança ao dano sofrido.

Depois, dada a importância desempenhada pela Medicina, em todos os demais tempos históricos, no conjunto das atividades sociais, foram elaboradas, nas legislações dos povos antigos, normas reguladoras do comportamento profissional dos médicos.

Um dos mais significativos documentos históricos que aborda a responsabilidade médica é o Código de Hammurabi (1686-1750 a.C.), cujo art. 218 adotava a pena do Talião (quem um olho furou, que lhe seja furado um olho - § 196; quem fez perder dentes, dentes lhe sejam arrancados - § 200), e também seus arts. 219 e 226 cominavam penas severas (amputação da mão e outras tais) aos cirurgiões se, conseqüente à intervenção cirúrgica, o paciente -homem livre (cidadão) sucumbisse ou viesse a perder a visão. Se o morto fosse um escravo, ao médico se obrigava apenas pagar o preço, a título de reparação, como nos relata Delton Croce⁴.

Em que pese parecer, ainda, um resquício de barbarismo, o Talião consistiu, à época, o embrião da responsabilidade civil do passado, exatamente porque passou a refrear a extensão da represália e a individualizar a culpa (embora esta ainda não contivesse o seu sentido jurídico moderno), em uma linha de igualdade de direitos.

Prossegue Delton Croce⁵ noticiando que era de praxe, entre os visigodos, o médico não receber os honorários previamente estipulados se o paciente viesse a sucumbir. Se uma lesão decorresse de falta médica, o cirurgião ressarcia o dano com 100 soldos de ouro. Se o cliente viesse a falecer em conseqüência de uma intervenção cirúrgica, o cirurgião era entregue aos parentes do morto para o punirem como entendessem (lei VI: Código das

⁴ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton, 1997, p. 4.

⁵ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton, 1997, p. 5.

Partidas); e se o servo se debilitasse por efeito de uma sangria, entregaria o médico outro servo, sadio, ao seu senhor (lei XI do mencionado Código).

3.1.1 - Egito

Quanto ao Egito, lá os médicos gozavam de alta posição social e se confundiam com sacerdotes. Possuíam os egípcios um livro com todas as regras da ciência médica, às quais os médicos deveriam obedecer. Seguindo-as à risca, livravam-se eles de toda e qualquer interpelação judicial, mesmo que o doente viesse a falecer, mas, se não as observassem, eram imediatamente punidos com a pena capital, qualquer que fosse, aliás, o desfecho da doença⁶.

3.1.2 - Roma antiga

A responsabilidade civil recebeu do Direito Romano os princípios genéricos que mais tarde seriam cristalizados nas legislações modernas.

Em Roma, nos tempos mais primitivos, informa Giotri⁷ que era comum que médicos fossem escravos ou libertos, e suas funções tinham um caráter servil, já que todas as grandes famílias possuíam um médico dentre o numeroso quadro de servidores, da mesma maneira como dispunham de um poeta, de um gramático ou de um músico.

No início, tinha lugar a vingança privada, forma primitiva, selvagem talvez, mas até certo ponto derivada da natureza humana, e compreendida como reação contra o mal sofrido.

Posteriormente, a vingança privada, como forma de reparação do dano, passou para o domínio jurídico: o poder público passa a intervir no sentido de permiti-la ou excluí-la, quando injustificável.

É a *pena de Talião*, conforme aludido supra, da qual se encontram traços na *Lei das XII Tábuas*, adotada em Roma, por volta do ano 452 a.C. (Tábua VII -

⁶ PANASCO, Wanderby Lacerda. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. Rio de Janeiro: Forense, 1984. p.36 *et seq.*

⁷ GIOTRI, Hildegard Taggesell, 2001, p. 28.

Dos Delitos), através da qual alguns princípios gerais de responsabilidade foram introduzidos. Mais tarde, no império de Augusto (27 a.C.), a profissão médica começou a ser vista de uma maneira diferente, alcançando já algum prestígio, consoante esforço histórico de Hélio Gomes⁸.

Percebe-se que não havia, ainda, separação entre a responsabilidade civil e a responsabilidade penal, à medida em que a reparação do dano resumia-se na retribuição do mal pelo mal.

O estágio seguinte apregoava a composição voluntária, a critério da vítima, que recebia do agressor um “resgate” (*poena*) - soma em dinheiro ou entrega de um objeto.

Passa-se após, à composição tarifada, prevista na *Lei das XII Tábuas*, que fixava, para cada caso concreto, o valor da pena a ser paga pelo ofensor. Confira-se: “*XII Tábuas, Tábua VII, inc. III* - pela fratura de um osso de um homem livre, pena de trezentos ‘as’; de um escravo, pena de cinquenta ‘as’”.

Também a *lei Cornélia* estabelecia uma série de delitos relacionados à prática da profissão médica e as penas que deveriam ser cominadas.

Admitia-se, assim, ser a relação médico-paciente uma forma de arrendamento de serviços, um contrato consensual.

Sobrevém, então, a *Lex Aquilia de damno*, que no século III a.C. introduziu no Direito a idéia de culpa, como pressuposto da obrigação de indenizar, embora em termos bastantes restritos. Surgiram com ela os primeiros rudimentos da responsabilidade dos médicos, ao obrigá-los a pagar uma indenização por todo escravo que falecesse em sua mãos, preconizando ainda o exílio e a deportação do profissional culpado de negligência ou imperícia no exercício da arte de curar. Tal lei estabeleceu algumas

⁸ GOMES, Hélio. *Medicina legal*. 21 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1981. p.18

espécies de delitos que os médicos poderiam cometer, como o abandono do doente, a recusa à prestação de assistência, os erros derivados da imperícia e das experiências perigosas, como afirmam Croce⁹ e Kfouri Neto¹⁰.

3.1.3 - Grécia

Avança Kfouri Neto¹¹ aduzindo que, na Grécia antiga, encontra-se o primeiro verdadeiro estudo no campo da Medicina, no século V a.C. Trata-se do *Corpus Hippocraticum*, de construção filosófica aristotélica, que contém noções de uma Medicina não apenas empírica, mas permeada de elementos racionais e científicos, sem no entanto descurar dos elementos deontológicos da arte de curar, tão bem sintetizados no famoso juramento, até hoje de inegável atualidade.

Observa-se que, lentamente, vai se firmando o princípio de que a culpa do médico não se presume somente pelo fato de não ter ele obtido êxito no tratamento, mas de que ela deve ser analisada e individualizada com base na conduta seguida pelo profissional. Assim, para os platônicos e aristotélicos, a responsabilidade do médico deveria ser avaliada por um perito na matéria e por um colegiado de médicos.

Ainda na Grécia, com fundamento nas regras adotadas no Egito, chegou-se a admitir a culpa médica quando houvesse a morte do paciente e desobediência às prescrições geralmente reconhecidas como fundamento indiscutível da atividade sanitária.

Plutarco relata que Alexandre Magno mandou crucificar *Glaucus*, médico em *Ephestion*, acusado de negligência, por ter ido ao teatro e abandonado um seu cliente enfermo, o qual veio a falecer.

Avança aduzindo o citado doutrinador que os médicos eram gregos que, em grande número, atuavam em Roma. Mas a condição que ostentavam, de

⁹ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton, 1997, p. 5.

¹⁰ KFOURI NETO, Miguel, 1990, p. 57-76.

¹¹ KFOURI NETO, Miguel, 2001, p. 42-43.

vencidos, e, depois, de escravos ou libertos, num primeiro momento, fez com que a arte médica fosse considerada indigna de ser exercida por um homem livre. A escassa consideração pela Medicina derivava, também, do fato de o mercado de trabalho ter atraído a Roma grupos de gregos que, não obstante exercessem a profissão, pouco entendiam de Medicina, já que, como explicitado, a maioria deles era de sacerdotes, feiticeiros, escravos, curandeiros, magos e, mais tarde, de barbeiros e boticários. Conseqüentemente, face aos numerosos insucessos, adotaram-se penas particularmente severas para os médicos mal sucedidos: trabalhos forçados nas minas, chibatadas, fratura das pernas e, o que era absolutamente mais grave, a crucificação.

Nesse contexto, parece equivocada a afirmação de alguns autores no sentido de que, na Antiguidade, o médico assumia uma conduta intangível, baseado no fato de apenas participar de um ritual em que prevalecia a vontade divina, eis que a breve evolução histórica supra carregada elucidada que os médicos, ou aqueles que lhes faziam as vezes, já vinham sendo penalizados e responsabilizados até mesmo anteriormente à era cristã, embora a Medicina estivesse, de fato, muito vinculada à religião.

3.2 - Idade Média e Idade Moderna

Com o passar dos séculos, entretanto, as condições de vida principiaram a melhorar, e as formas de responsabilização começaram a se modificar, como nos esclarece Kfoury Neto¹², com o surgimento das universidades (séc. XIII), nas quais os estudantes, quando terminavam seus estudos, obtinham uma espécie de láurea, que representava um reconhecimento público da preparação e da capacidade profissional amalhada - e também porque surgiram, no início do ano de 1300, bem organizadas corporações de médicos que, fortalecidas pela quantidade de membros e pela união entre eles, começaram a obter várias formas de proteções legais.

¹² KFOURI NETO, Miguel, 2001, p. 43.

O progresso da Ciência, conexo com o desenvolvimento das especulações filosóficas, fez com que os médicos não se limitassem a aprofundar seus estudos no campo da anatomia e dos fenômenos patológicos, mas ampliassem o campo de saber na área das Letras e da Filosofia, embasando de forma mais adequada e racional a atividade de diagnóstico e cura. A Medicina perdia continuamente seu caráter empírico do passado, para transformar-se em Ciência pura, seguindo-se daí uma avaliação racional do erro e da culpa profissionais. Uma atividade tão importante e delicada não poderia ser relegada apenas ao setor privado, por isso lentamente, mas de maneira sempre mais aguda, o Estado prosseguia regulamentando a área da saúde, conferindo-lhe natureza publicística.

Oportuno ressaltar que foi somente em 1335, por edito do rei da França, Jean I, que o exercício da Medicina restringiu-se aos diplomados em Universidades, segundo os ensinamentos de Giostri¹³.

3.2.1 - França

Continuam noticiando Kfoury Neto¹⁴ e Giostri¹⁵, no que concerne à época moderna, que foi através do direito francês que se estabeleceram as primeiras normas codificadas da responsabilidade médica, assentando as bases de uma jurisprudência e de uma doutrina que se consolidaram com o decorrer do tempo, servindo de parâmetro para um grande número de países, inclusive o Brasil.

Todavia, no começo do século XIX, houve um retrocesso do princípio da obrigação jurídica de o médico indenizar o dano cometido por imperícia, conquistado no evolver do tempo, com a decisão da Academia de Medicina de Paris, em 1829, que proclamou a exclusiva responsabilidade moral e não-pecuniária, dos profissionais da arte de curar, salvo em se tratando de falta

¹³ GIOSTRI, Hildegard Taggesell, 2001, p. 29.

¹⁴ KFOURI NETO, Miguel, 2001, p. 43 *et seq.*

¹⁵ GIOSTRI, Hildegard Taggesell, 2001, p.31-32.

grave, imprudência visível, manifesta imperícia. Essa doutrina foi denominada por Iturraspe como responsabilidade eufemística¹⁶.

Argumentavam seus seguidores que, por haver pluralidade de critérios nas questões médicas - diagnóstico, prognóstico, tratamento, cirurgia etc, tudo se mostrava vago, conjectural.

Conseqüentemente, só se poderia responsabilizar os médicos por negligência ou torpeza que qualquer homem pudesse cometer, não aquela em que pudesse incorrer exclusivamente o servidor da Medicina. A culpa médica haveria de ser, como visto, grave, inescusável, advinda de erro grosseiro, elementar, sendo que o ônus da prova sempre incumbia ao paciente.

Os pareceres dos peritos médicos deveriam ser decisivos, posto que somente eles, possuidores de conhecimentos científicos na área médica, poderiam emitir opinião abalizada.

Questionava-se, por fim, a possibilidade de ressarcimento material do dano. Tomavam-se tais ações como pretensão iníqua de enriquecimento sem causa, à custa do profissional médico; uma atividade desumana de molestá-lo, por vingança, atribuindo-lhe uma fatalidade do destino, um engodo para burlar a obrigação de pagar honorários - e, a maior parte das vezes, o resultado da estimulação dos profissionais do Direito.

Assinala Lopes¹⁷ que, **no antigo direito francês** (como em todo o direito medieval), a **responsabilidade civil e a penal não se distinguiam**: o autor do dano era castigado com uma pena privada, como bem comprovaram as inferências históricas das demais civilizações citadas. **Posteriormente, porém, a idéia de pena foi substituída pela de indenização**, logrando-se **enunciar um princípio geral de responsabilidade civil** (direito a reparação sempre que houvesse culpa, ainda que leve).

¹⁶ ITURRASPE, Jorge Mosset. Responsabilidad civil del médico. p. 25 *apud* KFOURI NETO, Miguel, 2001, p. 40.

A partir daí, restou configurada uma nítida separação entre responsabilidade civil (reparação pecuniária) e responsabilidade penal (cumprimento de pena pelo ofensor), sujeitando-se cada uma delas aos seus regimes e princípios próprios.

Newton Pacheco *apud* Kfourri Neto¹⁸, Rojas¹⁹ e França²⁰ narram a verdadeira revolução operada nos tribunais franceses, a partir de 1832, quando a jurisprudência sobre a responsabilidade médica firmou-se solidamente nos meios forenses, em decorrência de um processo em que sobressai a atuação do notável Procurador-Geral da Câmara Civil da Corte de Cassação de Paris, *André Marie Jean-Jacques Dupin*. O caso, em síntese, foi o seguinte: O Dr. *Hélie de Domfront* foi chamado às seis horas da manhã para dar assistência ao parto da Sra. *Foucault*. Somente lá se apresentou às nove horas. Constatou, ao primeiro exame, que o feto se apresentava de ombros, com a mão direita no trajeto vaginal. Como as manobras de versão interna mostraram-se infrutíferas, resolveu o médico amputar o ombro em apresentação, para facilitar a expulsão do ser nascente. Em seguida, notou que o membro superior esquerdo encontrava-se em análoga situação, razão pela qual optou, também por amputá-lo, vindo a nascer a criança esvaindo-se em sangue, mas viva, a despeito do grave tocotraumatismo. Inconformados com a excisão dos membros, os pais processaram o médico, tendo, no transcorrer da lide, o tribunal solicitado à Academia de Medicina de Paris um parecer, o qual, de início, considerou a operação realizada pelo médico como uma falta grave contra as regras de arte e, posteriormente, supõe-se que, sob a influência do espírito de corporativismo ou solidariedade de classe, concluiu, em novo laudo extrajudicial, pela não-responsabilidade do Dr. *Hélie*. O Tribunal de Domfront, analisando os dois pareceres divergentes, após serenas ponderações, condenou o obstetra a pagar à família Foucault a importância vitalícia anual de 200 francos.

¹⁷ LOPES, João Batista. Perspectivas atuais da responsabilidade civil no direito brasileiro. *RJTJSP*, São Paulo, v.57, p.14, mar./abr. 1979.

¹⁸ KFOURI NETO, Miguel, 2001, p. 44-45.

¹⁹ ROJAS, Nério. Responsabilidade médica. *Revista Argentina de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*, v.3, 1924 *apud* CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton, 1997, p. 6-9.

²⁰ FRANÇA, Genivel Veloso. *Direito médico*. 8. ed. rev. e aum. São Paulo: BYK, 2003, p. 196-197.

Convém recolher algumas partes do notabilíssimo parecer do Procurador Dupin de extraordinária importância histórica e jurídica, alicerçado nas concepções de *Adelon*, professor de Medicina Legal, em que, entre outras considerações, asseverou:

O médico e o cirurgião não são indefinidamente responsáveis, porém o são às vezes; não o são sempre, mas não se pode dizer que não o sejam jamais. Fica a cargo do juiz determinar cada caso, sem afastar-se dessa noção fundamental: para que um homem seja considerado responsável por um ato praticado no exercício profissional, é necessário que haja cometido uma falta nesse ato; tenha sido possível agir com mais vigilância sobre si mesmo ou sobre seus atos e que a ignorância sobre esse ponto não seja admissível em sua profissão.

Para que haja responsabilidade civil, não é necessário precisar se existiu intenção; basta que tenha havido negligência, imprudência, imperícia grosseira e, portanto, inescusáveis.

Em circunstâncias raras, mas que podem apresentar-se às vezes, se o médico é levado ante os tribunais, não se deve dizer que sua reputação está sem garantias. Somente seus atos são submetidos a uma equânime apreciação, como são as ações de todos os outros cidadãos, qualquer que seja seu estado e sua condição.

Na responsabilidade, tal como se pode entender da lei civil, não se trata de capacidade mais ou menos ampla, de talento mais ou menos brilhante, mais ou menos sólido, senão somente da garantia contra a imprudência, a negligência, a pressa e uma ignorância crassa a

respeito daquilo que se devia necessariamente saber e praticar em uma profissão.

Os tribunais estão ali para apreciar os feitos e nesta apreciação não devem perder de vista estes princípios: para que um homem possa ser declarado responsável por um ato em sua profissão é necessário que haja uma falta em seu ato, que haja sido possível, com atenta vigilância sobre si mesmo ou sobre seus atos, garantir-se contra ela; o que no feito se espera é que a falta seja de tal natureza que se torne completamente inescusável o havê-la cometido.

Nas questões deste gênero não se trata de saber se tal tratamento foi indicado com oportunidade ou não, se devia ter efeitos salutareos ou nocivos, se não seria preferível outro, se tal operação era ou não indispensável, se houve imprudência ou não em tentá-la, habilidade ou inabilidade no fato de executá-la, se com tal ou qual instrumento, segundo tal ou qual procedimento, não haveria tido melhor êxito. Essas são questões científicas para debater entre doutores e que não podem constituir casos de responsabilidade civil e cair sob o exame dos tribunais.

Mas, desde o momento em que os fatos médicos se compliquem de negligência ou ignorância de coisas que se devem necessariamente saber, então a responsabilidade do Direito comum existe e a competência da Justiça está aberta.

Aos tribunais corresponde aplicar a lei com discernimento, com moderação, deixando para a ciência

toda a latitude de que necessita, dando, porém, à Justiça e ao Direito comum tudo o que lhes pertence.

E arrematou, afinal: Que os médicos se confortem, pois, o exercício de sua arte não está em perigo; a glória e a reputação de quem a exerce com tantas vantagens para a humanidade não estão comprometidas pela falta de um homem que falhe sob o título de doutor. Não se colhem conclusões ou se conclui mal partindo do particular para o geral, e de uma fato isolado a casos que não oferecem nada de semelhante. Cada profissão encerra em seu seio, homens dos quais ela se orgulha e outros que ela renega²¹.

Atualmente, é plena a reparabilidade do dano médico, entre os franceses. Em Paris, os médicos convidam juízes para assistirem a grandes cirurgias abdominais, a fim de que os julgadores possam vivenciar a atividade médico-cirúrgica, em todas as suas nuances, materiais e psíquicas.

²¹ ROJAS, Nério *apud* CROCE, Delton ; CROCE JÚNIOR, Delton, 1997, p. 7-9.

4 - ERRO MÉDICO: CONSIDERAÇÕES INICIAIS, CARACTERIZAÇÃO, CAUSAS E PREVENÇÃO

Como adverte Irany Novah Moraes ²², o exercício profissional da medicina exige do médico não só profundos conhecimentos científicos, mas também uma visão certa e humana. Na combinação dessa dupla exigência, a profissão revela também o seu caráter artístico. Impõe-se entender não só o que o médico faz pelo doente como também o que ele deixa de fazer e, muito mais do que isso, a maneira pela qual pode fazer. Não fosse essa complexidade suficiente para dificultar a localização do acerto ou do erro, há de se considerar o reverso da medalha quando se lembra da resposta biológica do organismo ao desequilíbrio de sua ecologia, causada pela doença, complementada pelo psiquismo do paciente, a colaborar, voluntária ou involuntariamente, na evolução do processo patológico ou de cura, ou a dificultá-la, também, involuntária ou voluntariamente. Nesse sentido, é difícil estabelecer a verdade, o certo, o errado, e muito mais o que ocorreu de errado, para se poder encontrar o erro médico e imputar a culpa àquele que fez o juramento de Hipócrates.

Diga-se desde já que a problemática do erro médico se situa em um contexto extremamente complexo, envolvendo aspectos diversos e de diferente natureza, cada um deles com respostas imprevisíveis e dimensões incomensuráveis.

A fim de identificar e aprofundar sobre o instituto do erro médico, bem como traçar algumas questões relevantes, apontar suas características, indicar suas causas e caminhos de prevenção, valemo-nos das pertinentes considerações tecidas pelo Prof. José Geraldo de Freitas Drumond, em abalizado artigo intitulado: "*Na própria carne - O erro médico, a epistemologia da profissão e a falibilidade no dia-a-dia deste profissional*" ²³.

²² MORAES, Irany Novah. *Erro médico e a justiça*, 5ª ed., rev., atual., e ampl., SP: RT, 2003, p. 38 *et seq.*

²³ DRUMOND, José Geraldo de Freitas, *Na própria carne – O erro médico, a epistemologia da profissão e falibilidade no dia-a-dia deste profissional*, in *Filosofia, Ciência & Vida*, Ano I, n. 11, 2007, p.70-76 (O

Conforme ensina o aludido mestre, o vocábulo “profissão tem, originariamente, uma conotação religiosa, pois remete à “profissão de fé” ou “professar uma religião (do verbo *profiteor, profiteri, professus sum*: voto público, fazer uma promessa pública, declarar publicamente um compromisso de beneficiar os outros ou *bene facere*).

Desde o início da humanidade, desenvolveram-se imprescindíveis serviços sociais com a consagração (ou profissão) aos serviços religiosos, aos cuidados da família, à administração da justiça e à atenção aos enfermos.

Por seu turno, a sociedade exige correspondente correção e retidão no desempenho deste mister, outorgando aos profissionais determinados privilégios como uma forma de retribuição aos que “consagram” a sua vida para o serviço desta mesma sociedade. E quando indivíduos assumem a responsabilidade de executar tarefas relacionadas com as dimensões mais sagradas da existência, como é a saúde, mas têm condutas que desrespeitam os valores morais inerentes a sua profissão, tais atitudes repercutem em toda a sociedade de modo a diminuir seu patrimônio moral.

Quem assume tal caráter, certamente desenvolve a consciência dos limites da sua profissão, ao perceber que nem sempre o que é tecnicamente possível realizar, resulta necessário, legítimo ou moral.

Para que ocorra um ato profissional perfeito, exige-se que ele seja apropriado, justo e bom. Uma ação profissional apropriada é aquela conformada à técnica (*Tekhné, dos gregos*) e própria para uma determinada situação, como determina a sua arte (*Lex artis*). Para que o ato seja bom, deve ter conseqüências benéficas para quem o recebe e, finalmente, para que seja justo, deve estar adequado ao senso moral e legal da sociedade.

Nem sempre aquilo que é próprio ou intrinsecamente bom é necessariamente justo, do ponto de vista da moral social. Portanto, o exercício de uma profissão implica o enfrentamento de demandas resultantes da

autor é presidente da Sociedade Ibero-americana de Direito Médico – SIDEME e professor titular de

inconformidade de certos atos praticados e que surgem em decorrência de situações contraditórias ou conflituosas, em face dos interesses do paciente, em contraponto às normas legais e morais. Toda atividade profissional resulta de um conjunto de decisões que envolvem pessoas, transações, interesses, expectativas e satisfações.

Uma ação profissional é resultado da convergência destes diversos e dinâmicos fatores que interagem com outros fatores iguais ou diversos, dos sujeitos de uma intervenção especializada. A ruptura deste equilíbrio dinâmico pode resultar em distúrbio das relações do profissional com o paciente e a sociedade, que certamente repercutirá na sua imagem pessoal e no conceito da profissão. O exercício de uma profissão exige, pois, um determinado caráter, uma predisposição ou vocação que não se restringe às possíveis qualidades técnicas, mas incorpora convicções pessoais e uma consciência social de quem nela atua.

Uma profissão, para ser exercida, deve estar alicerçada em três pilares simétricos: a técnica, a atualização ou aprimoramento profissional e a ética. A técnica é resultado da formação científica e cultural, originada de um conhecimento específico ou particular, que se denomina a “*Lex artis*” profissional. O aprimoramento ou atualização profissional deriva do dever de manter-se permanentemente conhecedor da evolução da técnica, em razão dos avanços do conhecimento científico e da própria técnica. Já a ética profissional configura-se como um conjunto de valores morais adotados por uma sociedade e aplicados, especificamente, à prática de determinado ofício. Na sua gênese, nenhuma profissão existe em razão de seus membros, mas para satisfazer uma necessidade ou um serviço social que, devida e plenamente executado, merecerá a confiança da sociedade.

Semelhante a qualquer cidadão, o médico se submete ao princípio básico do direito que estabelece a obrigação de responder pelos eventuais prejuízos causados a terceiros, no exercício da sua profissão, em

decorrência de falhas. Na natureza biológica em que se configura a espécie humana, o erro é uma constante enquanto o acerto é exceção. Todos os humanos são propensos a cometer erros, seja por engano de observação, planejamento inadequado de uma ação ou despreparo na identificação dos fenômenos.

Outro fator contributivo na gênese do erro médico, pelo fato de colaborar para o aumento dos riscos em saúde, são os avanços tecnológicos na medicina, fazendo com que, no âmbito atual, esta prática se torne, cada vez mais, uma sucessão de riscos. O grande arsenal tecnológico de que dispõe a ciência médica trouxe para o homem inestimáveis proveitos. Todavia, essa nova ordem não conseguiu evitar que surgissem mais acidentes no exercício da profissão. Ademais, a tecnologia passou a ser um fator de identificação dos eventuais danos, exatamente por sua precisão, cada vez mais, perfeita.

O Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, em 5 de dezembro de 2001, com respeito aos riscos da medicina moderna, assim se pronunciou: *" As intervenções na atenção à saúde se realizam com o propósito de beneficiar os pacientes; no entanto podem lhes causar dano. A combinação complexa de procedimentos, tecnologias e interações humanas que constituem o sistema moderno de prestação de atenção à saúde pode trazer benefícios importantes. Todavia, também leva a um risco inevitável de que ocorram eventos adversos, e, efetivamente, estes ocorrem com demasiada frequência".*

Atualmente, as pessoas não aceitam justificativas como as denominadas de "fatalidade" ou "destino" para uma indesejada consequência de uma intervenção sobre sua saúde; ao revés, exigem a reparação por dinheiro pelos danos recebidos como resposta ao prejuízo ou à morte causados a uma pessoa. No Brasil, o perfil do profissional e dos procedimentos referentes à falta médica, de acordo com denúncias classificadas por especialidades recebidas pelos conselhos de medicina, é similar aos demais países. As especialidades médicas mais denunciadas são, em ordem decrescente:

ginecologia e obstetrícia, traumatologia-ortopedia, cirurgia, urgência, pediatria, cirurgia estética e anestesiologia. A idade do médico denunciado está na faixa de 40 a 50 anos. O gênero do profissional é predominantemente masculino, por ser a medicina brasileira ainda uma profissão masculina, com tendência a uma mudança de perfil dentro de algum tempo, como demonstra o perfil atual dos estudantes de medicina.

Os atos médicos mais denunciados são o mau resultado terapêutico ou a presença de seqüelas resultantes do tratamento ou, ainda, complicações do tratamento, a negligência ou omissão de socorro, a má relação entre o médico e paciente, a morte de recém-nascido e toco-traumatismo, ou seja, lesões decorrentes do parto.

O perfil do profissional e dos procedimentos relativos à má prática, ainda segundo dados dos conselhos de medicina, caracteriza-se por profissionais com mais de 10 anos de atividade, que realizaram procedimentos simples ou pouco relevantes e falharam na comunicação com os familiares (como apresentar prontuário ou histórias clínicas incompletas). Além disso, eles têm múltiplos empregos e praticaram omissão de atendimento, tiveram tempo exíguo e indisponibilidade pessoal para o atendimento solicitado. Ou, ainda, utilizaram instalações inadequadas ou prescrições verbais e, finalmente, tomaram decisões apressadas.

É interessante observar que o médico recém-ingressado no mercado de trabalho tem tido pouca expressão na estatística de má prática da medicina.

Uma atividade profissional superior a 10 anos oferece ao médico uma falsa segurança em relação à experiência, além de que um perigoso alheamento dos livros como fonte de conhecimento teórico, agora relegado a um segundo plano em favor da habilidade, do domínio da tecnologia e da experiência acumulada. Este é um momento perigoso na vida profissional e que corresponde ao momento de crescimento patrimonial e financeiro afastando ou diminuindo a frequência do médico a cursos e eventos destinados ao seu

aperfeiçoamento técnico.

Parte da sociedade tem uma impressão equivocada sobre a ocorrência e a natureza do evento adverso ou mau resultado, que deve ser distinguido do erro médico, que traz conseqüências danosas ao paciente. A falta de condições de trabalho que contribui para o dano ao paciente, por exemplo, não pode ser registrada como falta do médico. Segmentos da sociedade e da mídia têm sido pródigos em considerar a falta médica qualquer atitude ou resultado do trabalho médico que esteja em desacordo com a expectativa do paciente ou de seus familiares.

Erro ou falta ou má prática não é o mesmo que mau resultado, pois este pode ocorrer em situações nas quais o médico, ao agir em circunstâncias similares, não tem culpa, como no acidente imprevisível - que é um resultado lesivo, um caso fortuito ou de força maior impossível de ser evitado, independente de quem seja o autor. O erro, a falta médica, a má prática é o dano ou agravamento da saúde do paciente provocado pela atenção ou inação médica sem que tenha havido a intenção de cometê-lo. É a conduta profissional inadequada que, derivada da não observação técnica, resulta na produção de dano à saúde de outros, mediante imperícia ou negligência.

Estas são as três causas jurídicas possíveis de suscitar o dano e definir a falta ou erro: negligência, imprudência e imperícia. A primeira consiste em não fazer o que deveria ser feito; a imprudência se refere a fazer quando não deveria ter feito e a imperícia, fazer mal aquilo que deveria ser bem feito. Esta é a linguagem bem simples, clara e de fácil entendimento para os médicos e, sobretudo, para os leigos.

Entre as principais causas demandantes da má prática médica se encontram o ensino médico deficiente, a multiplicidade de empregos ou atividades, a má remuneração, as deficiências dos sistemas de saúde, a deficiente educação contínua e a falta de compromisso social do próprio médico. Hipócrates já dizia, 460 anos antes de Cristo, que *"aquele que quiser adquirir um*

conhecimento exato da arte médica deverá possuir boa disposição para isso, freqüentar uma boa escola, receber instrução desde a infância, ter vontade de trabalhar e ter tempo para se dedicar aos estudos".

O que fazer, então, para diminuir a má prática ou a falta profissional do médico? Inúmeras são as sugestões para que os governos e órgãos de classe possam se insurgir contra esta temeridade atual que é o crescente número de profissionais egressos de faculdades de medicina, das quais não se tem informações quanto à efetiva qualidade de formação técnica e ética dos futuros profissionais. Algumas iniciativas já começam a se materializar como a da realização de exames de qualificação para os estudantes do último período escolar ou mesmo para médicos recém-formados. Outras defendem uma avaliação permanente e completa das faculdades de medicina, com a participação da sociedade e de representantes da categoria profissional. Advoga-se, ainda, a implantação da chamada re-certificação periódica, que já está sendo realizada em relação à renovação dos títulos de especialidade médica. Por fim, há a proposta de fechamento puro e simples das faculdades de medicina que não atendam os critérios de infra-estrutura, corpo docente qualificado e pertinência social.

Porém, concomitantemente a essas medidas, é necessária uma fiscalização mais efetiva da sociedade, via conselhos de medicina, sobre o exercício ético da profissão, mas, sobretudo, ensinar nas universidades a prevenção do erro, baseado no afastamento ou na administração dos riscos. O treinamento para o erro será um importante aliado na sua prevenção, desde a faculdade de medicina e seguindo por toda a vida profissional ²⁴.

Por oportuno, vale consultar o estudo realizado pelo CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, divulgado em 2006 (constante dos anexos, ao final desta apostila), que analisou ações judiciais relacionadas ao exercício profissional da Medicina, propostas perante a Justiça Estadual de São Paulo.

²⁴ DRUMOND, José Geraldo de Freitas, *Na própria carne – O erro médico, a epistemologia da profissão e falibilidade no dia-a-dia deste profissional*, in *Filosofia, Ciência & Vida*, Ano I, n. 11, 2007, p.70-76 (O autor é presidente da Sociedade Ibero-americana de Direito Médico – SIDEME e professor titular de Medicina Legal e Ética da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES).

O objetivo do estudo foi conhecer as reclamações levadas à Justiça, por pacientes ou familiares insatisfeitos com o atendimento médico prestado; o posicionamento do judiciário diante do alegado erro médico; a natureza da prestação do serviço que gerou o processo judicial; bem como identificar os réus destas ações (se são médicos, hospitais, laboratórios de análises clínicas ou planos de saúde); e conhecer a dimensão dos possíveis danos causados àqueles que recorreram à Justiça.

O Cremesp não só tem levantado as diversas causas da má prática e das condutas inadequadas dos médicos, com tem buscado apontar os caminhos para a solução do problema. Vale, pois, conferir o estudo mencionado, que nos permite uma dimensão mais concreta da discussão do tema em foco, que cresce a cada dia, não somente no Estado de São Paulo, mas em todo o país.

5 - ERRO ESCUSÁVEL OU ERRO PROFISSIONAL

Se o erro só pode ser estimado pelo resultado, o médico só deve responder pelo que depende exclusivamente dele e não da resposta do organismo do paciente. Neste ponto, a doutrina jurídica estabelece o contrato médico/paciente como de meio e não de fim, com exceções, assunto importante, que será abordado, mais detidamente, a seguir. Dessa maneira, salvaguarda o médico de responsabilidade pelo que não deu certo por causa do paciente, seja pelo que ele não fez como lhe foi prescrito, seja pelo fato de o seu organismo não ter reagido como se poderia esperar.

Parece estranho e incoerente distinguir erro médico de erro profissional, entretanto tal distinção tem sido feita principalmente por parte da doutrina jurídica e da jurisprudência (decisões dos juizes ou tribunais, reiteradas, num mesmo sentido). Costuma-se caracterizar o **erro profissional** como aquele que decorre de falha não imputável ao médico e que depende das naturais limitações da medicina, que não possibilitam sempre o diagnóstico de absoluta certeza, por exemplo, podendo confundir a conduta profissional e levar o médico a se conduzir erroneamente. Cabem nessa classe, também, os casos em que tudo foi feito corretamente, mas em que o doente omitiu informações ou até mesmo sonegou-as e, ainda, quando não colaborou com a sua parte no processo de diagnóstico ou de tratamento.

Diante das situações relacionadas, o erro existe, é intrínseco às deficiências da profissão e da natureza humana do paciente e, ocorre no exercício da profissão, mas a culpa não pode ser atribuída ao médico. Tais erros são também chamados **escusáveis ou desculpáveis**.

A oportunidade de ocorrer **erro médico** está em todo o decurso do relacionamento médico/paciente, do primeiro contato ao último, pela alta, abandono do tratamento ou óbito. Todo procedimento técnico traz em si, embora corretamente feito, uma possibilidade de resposta adversa. Todavia, só haverá configuração do erro em uma intervenção médica, seja clínica ou cirúrgica, representada por uma **conduta do facultativo negligente, imprudente ou imperita**.

6 - PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS NA PRÁTICA MÉDICA ATUAL (PÚBLICA E PRIVADA)

Mostra-se importante suscitar os fatores seguintes, levantados, pelo Dr. Luiz Roberto Londres, ilustre cardiologista, em palestra proferida sobre *Direito, Saúde e Medicina*, em setembro, de 2006, no RJ, ao tratar das principais deficiências que influenciam na prática médica atual, quais sejam:

- Excesso de diplomados em Medicina, carência de **MÉDICOS**;
- Descompromisso de **PROFISSIONAIS** e **INSTITUIÇÕES**;
- Pouco tempo na **ANAMNESE: NÃO HÁ MEDICINA** (a anamnese é o cerne do diagnóstico e métodos complementares são complementares.....);
- Excesso de **EXAMES** que podem “simular” **DIAGNÓSTICOS**;
- Excesso de **DROGAS** que podem “simular” **TRATAMENTOS**;
- Interferência financeira no **ATO MÉDICO** (as instituições pagadoras não fazem parte do ato médico).

Vale à pena uma reflexão pessoal sobre cada um destes fatores, que podem contribuir para a ocorrência do erro médico.

7 - INTERAÇÃO ENTRE DIREITO/MEDICINA E AÇÃO MÉDICA

O médico deve agir com a intenção e o pensamento na sua Ética própria ou na Lei genérica?

Se a proteção ao paciente puder levar o médico a uma exposição ou um risco legal, como deve ele agir? Protegendo o paciente ou a ele próprio?

- Ética - compromisso com o próximo
- Moral - compromisso com os costumes
- Deontologia - compromisso com a missão
- Lei - compromisso com o Estado

Devem o Direito e a Justiça olhar a Medicina e a Saúde através de seus próprios olhos? Ou devem a Medicina e a Saúde serem vistas através de seus próprios olhos pelo Direito e pela Justiça?

Diante de um caso concreto, deve o médico seguir o Código de Ética Médica ou o ordenamento jurídico vigente??? Se há normas conflitantes, como deve proceder o facultativo??

Como será julgado um médico que descumpre uma ordem judicial, em favor de sua ética pessoal ou da deontologia de sua profissão???

Exemplo: Como as pessoas ligadas à religião "*Testemunhas de Jeová*", não autorizam serem submetidas a transfusões de sangue, diante de risco de vida de um paciente, deve o médico ignorar o direito constitucional do indivíduo à liberdade de crença e até mesmo descumprir uma eventual ordem judicial e tentar salvar a vida do doente - bem maior - realizando a transfusão, considerando, mormente, o seu juramento profissional, ou deve respeitar o direito fundamental do doente à crença religiosa, acatando a determinação do juiz, mesmo que custe a vida do paciente??????? Há que se considerar ainda que tanto o direito à vida quanto à religião são direitos fundamentais resguardados pela Constituição Federal, o que revela que a resposta para tal indagação deve sopesar os princípios e valores protegidos pelas legislações pertinentes, a fim de que o médico possa alcançar uma conduta justa, ética e

segura, tentando não ferir a autonomia do paciente, o que parece bastante complexo e delicado, e que tem levado a infundáveis discussões, nos tribunais, a respeito, permitindo-nos concluir apenas, como sugere o professor Genival Veloso França, que:

- *Nem sempre o conhecimento médico coincide com a moral jurídica;*
- *De um lado, a Medicina, com sua moral autônoma e imposta pela circunstância e de outro, o legislador e o magistrado, como guardiões da ordem pública;*
- *Mesmo assim, em qualquer hipótese, o direito médico deve estar subordinado à moral médica.*

8 - SEGURO CONTRA ERRO MÉDICO: ISSO É SEGURO??

Educação Médica no Brasil:

- Inadequada formação dos alunos;
- 12 mil novos médicos por ano;
- 155 escolas de Medicina (+ de 50 criadas desde o ano 2.000);
- É um negócio rentável;
- Profissionais despreparadas - má qualidade de formação e temor dos processos nos tribunais --- cenário perfeito para o seguro contra o erro profissional;
- Indústria do erro médico.

A Comissão Estadual de Defesa do Médico da AMMG é contrária à contratação de “seguros contra o erro médico”, tendo em vista o seguinte:

- Processos cíveis - ressarcimento de danos morais e materiais;
- Encarecimento da Medicina, como nos EUA;
- Perda na qualidade da relação médico-paciente;
- Incentivo ao aumento do nº de processos de responsabilidade civil - pacientes contarão com uma cia seguradora para responder pelas indenizações;
- Livre arbítrio do juiz para fixar o valor a ser indenizado no caso de dano moral. Como a apólice terá um limite, em caso de condenação superior, o médico terá que arcar com a diferença;
- Aumento potencial das indenizações se houver seguradora no processo;
- Necessidade de disputa judicial para que a seguradora venha a pagar a indenização, inclusive, devendo ela figurar no processo;
- Baixo índice de condenação nos processos por erro médico.

9 - ALGUNS INSTITUTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL DIANTE DO CÓDIGO CIVIL

9.1 - Responsabilidade civil subjetiva e objetiva

A responsabilidade civil subjetiva, ou culposa, é a obrigação de reparar danos em decorrência de um comportamento voluntário - ação ou omissão, sendo a culpa erigida como fundamento básico da responsabilidade e pressuposto necessário à indenização. Pode ela ser conceituada como a inobservância de uma atuação razoavelmente exigível para o caso concreto, tendo em vista padrões medianos.

Segundo Rosenvald²⁵, a conduta culposa decompõe-se em dois elementos:

- *Violação de um dever jurídico* - representa o aspecto objetivo da culpa, consistindo em um desvio de conduta, tendo em vista o princípio genérico do *neminem laedere (não lesar ninguém)*, conforme previsto em lei. Quando é violado esse dever geral de diligência ante a prática do fato lesivo, nasce o ato ilícito, salientando-se que a culpa *lato sensu* do Direito Civil engloba a conduta dolosa (intencional) e a culpa *stricto sensu*, em qualquer uma de suas três modalidades: negligência, imprudência e imperícia. O ônus da prova no tocante à existência da conduta culposa cabe à vítima. Cumpre ao ofendido carrear aos autos elementos que positivem a violação de um dever jurídico por parte do ofensor.

- *Imputabilidade* - que representa o aspecto subjetivo da conduta culposa, traduzindo-se na possibilidade de o agente conhecer e cumprir o dever jurídico genérico de conduta, isto é, há de se perquirir a capacidade de discernimento e autodeterminação do ofensor, pois quem não entende o caráter ilícito do ato que pratica - por falta de maturidade ou sanidade - não incorre em responsabilidade.

²⁵ ROSENVALD, Nelson. *Direito das obrigações e responsabilidade civil*. Belo Horizonte: Preatorium, 2001, p. 162

Por outro lado, a responsabilidade civil objetiva, ou pelo risco é a obrigação de reparar danos que independem de qualquer idéia de dolo(intenção) ou culpa, tendo em vista que todo dano resultante de uma atividade que cause riscos deve ser indenizável, impondo-se a sua reparação por quem a ele se vincula em virtude de um nexo de causalidade. Quando certa atividade gera um risco especial, o responsável por esta assume todos os eventos danosos dela decorrentes, garantindo à comunidade um direito à segurança.

Mesmo que o dano seja conseqüente à prática de um ato lícito, em determinadas situações entendeu o legislador que é socialmente mais justo atribuir a indenização ao criador do risco. Enfim, quem recebe o cômodo, suporta o incômodo. Substitui-se a técnica individualista por uma noção indenizatória de solidariedade social. Desloca-se o eixo da responsabilidade da *faute* (culpa) para o *fait* (fato), transferindo-se o fundamento da reparação da culpa para a lesão pura e objetiva. O personagem central dessas ações passa a ser a vítima e a tutela de seus interesses, não mais se enfocando o agente²⁶.

Orienta ainda o mesmo doutrinador que, no Brasil, restou adotada a teoria do risco criado, a despeito da existência da teoria do risco proveito. A diferença reside no aspecto mais amplo da teoria do risco criado, dispensando a vítima de demonstrar em juízo o proveito econômico da atividade por parte do ofensor. A objetivação da responsabilidade alcança mesmo aqueles que exercitem atividades que não tenham finalidade lucrativa, sendo bastante a apuração dos riscos sociais de sua realização.

No mesmo contexto de idéias, aponta Silma Berti²⁷ que:

O movimento que tende a favorecer a indenização da vítima resulta de uma obra conjunta da jurisprudência e

²⁶ ROSENVALD, Nelson, 2001, p. 171.

do legislativo, motivado pelo caráter social da reparação, pelo alargamento da responsabilidade objetiva, assim como pelas causas restritivas. Corresponde a uma necessidade social de indenização freqüentemente ampliada pela mídia. A fatalidade é lançada e pede-se ao Direito organizar uma forma de reparar os prejuízos que suscitam a indignação de uma sociedade.

Dentre as atividades que se encontram sob o domínio da responsabilidade objetiva, destacamos a pioneira, em legislação esparsa, qual seja, a responsabilidade das estradas de ferro (dec. nº 2681/12). Seguiu-se a lei de acidentes do trabalho (que acolheu a teoria do risco integral, ou seja, de que cabe indenização de acidente ocorrido no ambiente de trabalho ou em razão dele, sem exclusão pelo caso fortuito ou culpa da vítima, devendo-se consultar a lei nº 8213/91 e o art. 7º, XXVIII, da CF). Posteriormente, afloraram a lei nº 6453/77 (responsabilidade por instalação nuclear); o Código Brasileiro de Aeronáutica (lei nº 7565/86); a lei nº 6938/81 (danos ao meio ambiente); o art. 37, § 6º da CF/88 (responsabilidade por falha do serviço público), merecendo especial realce a responsabilidade objetiva decorrente das relações de consumo (arts. 12 e 14 do CDC - lei 8078/90), que conquistou grande território, como normatização aplicável a todos os ramos do direito, revelando que é inegável o alargamento da base da teoria objetiva, eis que as relações de consumo se espalham no tecido social, relegando a discussão da culpa a um segundo plano.

Cavaliere Filho²⁸, ao tratar da convivência das duas teorias, introduz seu raciocínio invocando a autoridade de Caio Mário, que chegou a pontificar:

²⁷ BERTI, Silma Mendes. *Responsabilidade civil pela conduta da mulher durante a gravidez*, (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002 (Data na folha de rosto: 2001)

²⁸ CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. 5 ed. rev., aum., atual., SP: Malheiros, 2003, p.149

não obstante o grande entusiasmo que a teoria do risco despertou nos meios doutrinários, o certo é que não chegou a substituir a da culpa nos sistemas jurídicos de maior expressão. O que se observa é a convivência de ambas: a teoria da culpa impera como direito comum ou a regra geral básica da responsabilidade civil, e a teoria do risco ocupa os espaços excedentes, nos casos e situações que lhe são reservados.

E, após tecer algumas considerações, o desembargador Cavalieri Filho arremata o seu posicionamento, preconizando que

não haverá nenhuma impropriedade em se afirmar que hoje a responsabilidade objetiva, que era exceção, passou a ter um campo de incidência mais vasto que a própria responsabilidade subjetiva²⁹.

9.2 - Pressupostos da responsabilidade civil subjetiva

Tendo em vista as considerações tecidas, recapitulemos os pressupostos da responsabilidade civil subjetiva, quer no âmbito da contratual, quer no âmbito da extracontratual:

- a) **Conduta culposa**: decorre de ato voluntário, sob as vestes da ação ou omissão, e ilícito, ocasionando efeitos jurídicos de modo contrário ao Direito, ou seja, representa um comportamento volitivo, que transgride um dever. Já analisada a questão da culpa, basta repisar que a culpa, diferente do dolo (intenção clara e concreta de produzir o dano), é, por definição clássica e atual, a inobservância daquela diligência que se deveria ter empregado numa dada relação, e que, se tivesse sido

²⁹ CAVALIERI FILHO, Sérgio, 2003, p. 149.

empregada, teria impedido a realização do fato danoso ³⁰. A culpa *stricto sensu* subdivide-se em:

-Imprudência - consiste na ação precipitada, imponderada, irrefletida, na qual não procura o agente evitar um resultado previsível;

-Negligência - é a desatenção, incúria, inércia, descaso, desídia, falta de cuidado capaz de gerar responsabilidade com culpa;

-Imperícia - é a inabilidade, ignorância, falta de conhecimento ou técnica profissional, revelando-se na condução de encargo ou serviço que venha a causar dano por falta de conhecimento, em virtude da imaestria da arte, profissão ou encargo.

EXEMPLOS:

- Imperícia

O médico ortopedista que engessa uma pessoa acidentada, a qual chega com "fratura exposta", é imperito, porque o procedimento é adequado para "fratura fechada", e, em casos assim, a indenização correspondente terminou sendo recepcionada no colendo STJ (Resp 228.199/RJ, Min. Eduardo Ribeiro, DJU 28.02.2000).

- Negligência

Uma mulher morreu quando realizou um procedimento cirúrgico de "lipoaspiração" devido a uma parada cardíaca somente percebida pelo cirurgião e anestesista quando da passagem do primeiro para o segundo tempo cirúrgico: o TJSP considerou que ocorreu culpa de ambos, exatamente porque a paciente, de 43 anos de idade, realizou todos os exames preparatórios, acusando perfeita saúde. Erraram por omissão, declarou o acórdão (ap. 153.074.4/8). A negligência é exatamente a falta

³⁰ TAVARES, José. *Os princípios fundamentais do direito civil*, Coimbra: Tipografia Coimbra, 1929. p. 536.

de cuidado dos profissionais, os quais não se interessam pelo estado da mulher durante o ato cirúrgico; a desatenção deles foi fatal.

- Negligência (ou imprudência?????)

A negligência, segundo Antônio Chaves, “é o descuido, desleixo, desídia, que geralmente ocorre em ‘erros de diagnóstico’, tratamento impróprio ou inadequado, falta de cuidados indispensáveis, falta de higiene, esquecimento de compressas em operações cirúrgicas, curetagens malfeitas”.

Em uma curetagem que se complicou:

O TJSP não deferiu indenização admitindo falta de prova da culpa do médico, para uma paciente que sofreu, sem ter autorizado, uma “histerectomia”, devido à hemorragia decorrente de perfuração uterina e que deixou uma cicatriz de laparotomia exploradora, mediana, infra umbilical, de dezoito centímetros (Ap. 12..386.4/4).

- b) **Dano:** é o prejuízo sofrido por alguém, em consequência da violação de um direito seu, ou seja, representa a **lesão a um bem jurídico**, podendo consistir em dano patrimonial ou moral; material ou pessoal; direto ou indireto.
- c) **Nexo de causalidade:** só haverá obrigação de reparar danos que podem ser considerados como consequência do fato gerador. É o **liame que une a conduta do agente ao dano**. A doutrina mais acertada acata a *teoria da causalidade adequada*, a qual determina que não é qualquer causa que antecede a lesão que será levada em consideração para a imputação da responsabilidade, mas só aquela que seja determinante, por ter decisiva e adequadamente influenciado o resultado lesivo. Como adverte Rosenvald³¹, existem **três hipóteses de exclusão do nexo causal**, todas refletindo situações em que o evento danoso resultará de um elemento externo, a saber:

³¹ ROSENVALD, Nelson, 2001, p.167 *et seq.*

1 - **Caso fortuito e força maior** - conceitualmente diferem pelo fato de o **caso fortuito** exsurgir de um fato da natureza (acaso, imprevisão, acidente - que não se poderia prever e se mostra superior às forças ou à vontade ou ação do homem) e a **força maior** derivar de um fato humano (fato que é previsível, mas igualmente ao caso fortuito, não se pode evitar, visto que é mais forte que a vontade ou a ação do homem). Porém, vários autores afirmam exatamente o contrário. Certo é que a distinção é meramente acadêmica e residual, tratando-se de sinônimos perfeitos. Em verdade, o parágrafo único do art. 393 do novo Código Civil (art. 1058 do CC/16) nivela-os quanto aos efeitos jurídicos. Pouco importam os conceitos, pois, em ambos, o fundamento é a verificação de um fato externo à conduta do agente, caracterizado pela inevitabilidade, o evento imponderável que não pode ser contido. Os tribunais destacam que a imprevisibilidade não é mais um traço característico dessas excludentes, pois, mesmo havendo possibilidade de prever o acontecimento, este pode manifestar-se de forma irresistível (exemplo: tempestade, terremoto).

2 - **Fato exclusivo da vítima** - caso o único fato gerador do evento lesivo seja a atuação culposa da própria vítima, restará rompido o nexo causal, eis que, logicamente, o dano não terá decorrido da conduta do agente;

3 - **Fato de terceiro** - em alguns casos, o aparente causador do dano não exerceu qualquer conduta lesiva, pois o evento lesivo resultou da atuação culposa determinante de um terceiro. O terceiro seria um estranho à vítima e ao agente, pois pratica uma conduta ativa que repercute sobre outras pessoas.

Exemplo: Um sujeito ferido por outrem é levado ao hospital de ambulância e falece no caminho por força de tombamento do veículo (culpa de 3º). Essa concausa (embora relativamente independente da conduta do agente) determina, por si só, o evento fatal, de forma que o causador do ferimento apenas poderá ser responsabilizado pela lesão corporal causada.

9.3 - Dano material

Traduz uma lesão aos bens e direitos economicamente apreciáveis, valendo considerar as principais ou mais recorrentes modalidades de indenização por dano material em erro médico, quais sejam: pensão (em caso de morte ou invalidez da vítima), indenização por lucros cessantes (o que a vítima deixou de ganhar/lucrar, quando se vê obrigada a afastar-se de sua atividade profissional), reembolso de despesas de reabilitação (com tratamentos médicos), etc.

9.4 - Dano moral ou extrapatrimonial

Ocorre quando o ato praticado pelo agente inflige dor, sofrimento, abalo emocional à vítima, impondo-se, pois, uma reparação moral.

9.5 - Dano estético

9.5.1 - Definição de dano estético e seus elementos

Segundo a moderna doutrina, o dano estético, em termos gerais, significa uma ofensa à integridade física da pessoa humana.

Consiste em uma lesão à harmonia das formas externas de alguém ou um dano à saúde/dano biológico, diante da garantia a todos do direito fundamental à saúde (ex: tanto o dano à integridade da pessoa que seja aparente, por exemplo, uma cicatriz, como o não-aparente, uma doença); Não se deve confundir o dano estético com aspectos subjetivos de belo e feio, eis que sua apuração é objetiva, por perícia médica.

Não é necessário que a lesão seja visível.

Podem ser representados por defeitos no corpo parado ou em movimento (claudicação, deficiências de mastigação etc).

O uso de disfarces (como por exemplo, olho de vidro, prótese dentária, peruca, perna mecânica, etc) não afastam a condenação por dano estético, porque afinal, por mais perfeitos que sejam tais mecanismos, não são iguais à parte do corpo que a pessoa perdeu ou viu transformada. Também não se considerará reparada a lesão que se oculta por *maquillage*, barba, cabelo ou pela moda ³².

REQUISITOS DO DANO ESTÉTICO:

(segundo Tereza Ancona Lopez):

- *qualquer modificação na integridade física da pessoa;*
- *modificação certa e permanente;*
- *modificação na aparência externa;*
- *modificação que cause “enfeamento”;*
- *modificação que cause humilhação, tristeza, desgosto e constrangimento;*

CRÍTICAS:

Em que pese ser esta a orientação da jurisprudência, somente os 2 primeiros requisitos - modificação na integridade física e dano permanente - devem ser aceitos. Se trata-se de modificação na integridade física, não é preciso o enfeamento ou que seja externo.

Se é aferido por perícia médica, caracterizando-o por certo e permanente - impossível de reparação real, como no caso de amputação de membro superior - , o dano estético é dano-origem, de natureza objetiva, e não dano-conseqüência, de natureza subjetiva, que cause dor, humilhação (isso não é dano estético, mas sim dano moral).

Assim, o dano estético deve ser entendido como qualquer ofensa à integridade psicofísica da pessoa humana, *per se*, objetivamente,

³² ALMEIDA JÚNIOR, A. *Lições de medicina legal*, 5ª ed., SP: Cia. Ed. Nacional, 1961, p.

independente dos danos morais ou materiais causados, amparado, constitucionalmente, no direito à saúde.

9.5.2 - Autonomia do dano estético em relação ao dano moral e cumulabilidade

Norma jurídica de reparação: ambos têm fundamento constitucional - CF/88, sendo o dano moral no art. 5º, incisos V e X e o dano estético, considerado no seu aspecto higidez psicofísica, tem seu fundamento constitucional no *direito à saúde*, positivado nos arts. 6º e 196.

Evolução da responsabilidade civil - seu centro, que era focado na ação humana (culposa ou não) passa a priorizar o dano injusto, com a plena reparação, em todas as hipóteses (material, moral e estético) - ampliação de danos que não eram indenizáveis.

Dano estético é um dano-causa e o dano moral é dano-conseqüência; de forma que ocorrida uma transformação na integridade física, tal modificação pode causar uma conseqüência na integridade moral, que é um abalo psíquico.

Dano estético - configura-se objetivamente, por perícia médica, e o dano moral decorre de apreciação subjetiva, casuística.

Na moderna interpretação - não há bis in idem - o dano estético não é espécie de dano moral, eis que são autônomos, possuem normas de reparação diversas e deve prevalecer a regra que todos os danos devem ser reparados.

STJ - Súmula 83: Quando o dano estético se distingue do dano moral, ambos são indenizáveis - pode, pois, haver cumulação:

“Permite-se a cumulação de valores autônomos, um fixado a título de dano moral e outro a título de dano estético, derivados do mesmo fato, quando forem passíveis de apuração em separado, com causas inconfundíveis.

Hipótese em que do acidente decorreram seqüelas psíquicas por si bastantes para reconhecer-se existente o dano moral; e a deformação sofrida em razão da mão do recorrido ter sido traumáticamente amputada, por ação corto-contundente, quando do acidente, ainda que posteriormente reimplantada, é causa bastante para reconhecimento do dano estético.

Recurso não conhecido “(Resp. nº 210.351- RJ, proc. nº 1999/0032968-6, 4ª T. do STJ, Rel. Ministro César Asfor Rocha, j. em 07.08.01).

“As verbas podem ser concedidas autonomamente e arbitradas em valor único, explicitando-se que o valor único é devido pelos danos moral e estético” (REsp. nº 103.012-RJ) .

Confirma essa posição Cavalieri Filho, que preleciona:

“Prevaleceu na Corte Superior de Justiça o entendimento de que o dano estético é algo distinto do dano moral, correspondendo o primeiro a uma alteração morfológica de formação corporal que agride à visão, causando desagrado e repulsa; e o segundo ao sofrimento mental - dor da alma, aflição e angústia a que a vítima é submetida. Um é ordem puramente psíquica, pertencente ao foro íntimo; outro é visível, porque concretizado na deformidade³³. ”

Contudo, assevera o citado doutrinador que:

“Embora tenha acolhido esse entendimento como julgador, para evitar desnecessários recursos especiais, em sede doutrinária continuo convicto de que o dano estético é modalidade do dano moral e que tudo se resume a uma questão de arbitramento. Em razão da sua gravidade e da intensidade do sofrimento, que

perdura no tempo, o dano moral deve ser arbitrado em quantia mais expressiva quando a vítima sofre deformidade física³⁴”.

9.5.3 - Avaliação e arbitramento do dano estético

Avaliação é a caracterização da intensidade do dano, podendo ser avaliado em: gravíssimo, grave, moderado, leve e levíssimo - através de perícia médica, que, conforme critérios científicos, deve qualificar a ofensa.

Arbitramento corresponde à quantificação monetária da reparação devida à vítima, pelo juiz.

AVALIAÇÃO - REQUISITOS:

- Se há modificação permanente/irrecuperável na integridade física;
- Apurar as conseqüências da ofensa para a continuidade da vida do ofendido.

Dentre as conseqüências do dano, verifica-se:

- Modificação morfológica da pessoa;
- Se há redução da eficiência psicofísica - redução da possibilidade de utilizar o próprio corpo;
- Se há redução da capacidade social - atitude para se afirmar na sociedade e em seus relacionamentos (ex: uma cicatriz exposta ou não);
- Se há redução da capacidade laborativa genérica;
- Se há perda de oportunidade de trabalho ou diminuição no seu direito de liberdade de escolha de profissão.

==Com essa avaliação, o juiz graduará o dano para fins de quantificação.

Vale repisar que o perito deve limitar-se apenas a identificar se houve ou não

³³ CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil, 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 115.

a ocorrência da lesão; se possível, a maneira de sua produção; a sua extensão; bem como as conseqüências que advieram ou advirão para a vítima, deixando para o juiz a análise jurídica dos fatos e provas trazidos ao processo, tendo em vista o direito pleiteado. É o magistrado que verificará se o dano ou lesão detectada pelo perito, configurou ou não uma conduta criminosa prevista na legislação penal ou o dano (seja ele estético, material ou moral) poderá ensejar uma reparação cível, conforme previsão no ordenamento civil.

ARBITRAMENTO:

O dano estético é fixado, livremente pelo juiz, que deve ter em conta:

1. Grau de avaliação do dano estético pelo médico perito (p. ex.: se leve ou grave);
2. Grau de culpa das partes;
3. Posição cultural sócio-econômica das partes(ex: para evitar o enriquecimento ilícito(ascensão social do desfavorecido)e para não refletir o ideal de compensação dos mais ricos, com indenizações irrisórias;
4. Reincidência do ofensor;
5. Punição e exemplaridade - desestímulo à provocação de novos danos;
6. Independência do valor arbitrado a título de dano moral.

³⁴ CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil, 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p.

10 - NATUREZA JURÍDICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO - CONTRATUAL OU EXTRA CONTRATUAL

É comum fazer-se, na doutrina, a distinção entre responsabilidade por violação de obrigação derivada de um contrato, cujo descumprimento caracterizaria o fato ilícito civil gerador do dano, e a responsabilidade extracontratual ou delitual, que abstrai a existência de um contrato previamente celebrado e decorre de um ato ilícito absoluto, violador das regras de convivência social (*neminem laedere*) e causador de um dano injusto.

Na atualidade, podemos afirmar que, via de regra, a responsabilidade civil do médico, sem embargo de ter sido tratada pelo legislador entre os casos de atos ilícitos, é vista unanimemente como responsabilidade contratual, como expressam Aguiar Dias³⁵, Kfourir Neto³⁶ e Silvio Rodrigues³⁷, ressalvados os casos de responsabilidade civil extracontratual, como por exemplo, a atividade do médico desenvolvida contra a vontade do paciente, nos casos de suicida que recebe assistência antes da consumação do ato; quando o feito médico configurar um delito penal eivado de dolo (intenção), como, por exemplo, uma mutilação inútil ou um experimento sem fim curativo; o médico que fornece atestado gracioso ou falso etc.

O novo Código Civil, talvez pretendendo a eliminação de remanescentes dúvidas em relação a essa natureza jurídica da responsabilidade civil médica, (bem como abarcando os profissionais em geral) tida por vezes como extracontratual (delitual), ou, por outro lado, até mesmo deixando de imputar relevância a tal classificação, vem tratá-la do seguinte modo:

³⁵ DIAS, José de Aguiar. *Da responsabilidade civil*, 9 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994. v.1, p. 252-253.

³⁶ KFOURI. NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996, p. 54.

³⁷ RODRIGUES, Silvio. *Responsabilidade civil*, 15 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 248

TÍTULO IX - DA RESPONSABILIDADE CIVIL

CAPÍTULO II - DA INDENIZAÇÃO

Art. 951 - O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

De fato, apesar das regras legais que atribuem diferentes conseqüências a cada uma das modalidades, a distinção está sendo abandonada pela moderna doutrina, que nela não vê maior utilidade, eis que inexistente diferença ontológica entre as duas modalidades de responsabilidade, contratual e extracontratual. **Sob qualquer prisma, ocorrendo culpa, aflora o dever de indenizar.** Contudo, existindo contrato, é no âmbito de seus limites que será apurado o inadimplemento total ou o inadimplemento parcial ou mora. Se não há contrato e a culpa emerge de um dever de conduta (*neminem laedere*), é nessa ação do agente que a culpa deve ser aferida. No entanto, em toda responsabilidade profissional, ainda que exista contrato, há sempre um campo de conduta profissional a ser examinado, inerente à profissão e independente da existência do contrato, como adverte Venosa³⁸.

No mesmo sentido, aventa Ruy Rosado de Aguiar Júnior³⁹ que se caminha para a unificação do sistema. Porém, enquanto não houver a adaptação legal a esses novos princípios, devemos admitir, para o plano expositivo, que a responsabilidade médica não obedece a um sistema unitário. Ela pode ser contratual, derivada de um contrato estabelecido livremente entre paciente e profissional, a maioria das vezes de forma tácita, e compreende as relações restritas ao âmbito da Medicina privada, isto é, ao médico que é livremente escolhido, contratado e remunerado pelo cliente. Será extracontratual quando, não existindo o contrato, as circunstâncias da vida

³⁸ VENOSA, Silvio de Salvo. *Direito civil, responsabilidade civil*, 3 ed., São Paulo: Atlas, 2003. v. 4, p. 95.

colocam frente a frente médico e doente, incumbindo àquele o dever de prestar assistência, como acontece no encontro de um ferido em plena via pública, ou na emergência de intervenção em favor de incapaz por idade ou doença mental, situações em que seria mais lógico conceituar tal ato como cumprimento de dever, ou do legítimo exercício de um direito ou, ainda, de um estado de necessidade, e como tal é o pensamento de Mosset Iturraspe⁴⁰.

Enfim, a responsabilidade indenizatória pela falha da assistência médica ocorrerá tanto naquela convencionada entre as partes, como na que se deu independentemente de contrato.

Segundo Tepedino⁴¹, a superação da dicotomia entre a responsabilidade contratual e extracontratual foi corroborada, posteriormente, pela promulgação do Código de Defesa do Consumidor, que desconsidera essa classificação.

De se ver que o Estatuto Consumerista, em seu artigo 14, § 4º, em exceção à regra legal da responsabilidade objetiva introduzida nas relações de consumo, determina que *"a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa"*.

Registre-se, ainda, que o valor da distinção entre responsabilidade contratual e extracontratual perde muita importância em matéria de atividade médica. Tal distinção só tem significado no tocante à carga probatória e em relação a uma outra diferenciação que se faz entre obrigação de meio e obrigação de resultado, eis que, em regra, os profissionais da saúde encontram-se vinculados às chamadas obrigações de meio, e não às obrigações de resultado.

³⁹ AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de *apud* TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.). *Direito e medicina: aspectos jurídicos da medicina*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p. 138.

⁴⁰ ITURRASPE, Jorge Mosset. Responsabilidad civil del médico. *In*: ITURRASPE, Jorge Mosset. *Seguros e responsabilidad civil*, Buenos Aires: Astrea, 1979, p. 65

⁴¹ TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea, *apud* ALVIM, Arruda (Coord.) *et al.* *Aspectos controvertidos do novo Código Civil*, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 293.

Sendo assim, no atendimento médico, cuidando-se, no comum dos casos, de obrigação de meios (o profissional não se obriga a curar o paciente, mas a empregar diligência, cautela e conhecimento técnico postos ao alcance da ciência médica, com vistas a curá-lo), incumbe ao prejudicado provar que o médico agiu culposamente, em caso de evento danoso.

Posto que se admita que a responsabilidade médica seja contratual (e descumprimento de contrato, a princípio, gera presunção de culpa), a mesma não tem, ao revés do que poderia parecer, o resultado de presumir a culpa. Assim, a responsabilidade contratual pode ou não ser presumida, e, no caso da atividade médica não o é.

11 - CONTRATOS DE MEIO E CONTRATOS DE RESULTADO

A doutrina, na análise dos tipos de contrato, costuma dividi-los em contratos de **resultado** e contratos de **meio**, classificação de relevantes efeitos, sobretudo no âmbito do processo, onde opera uma total mudança em relação ao ônus da prova.

O fato de ser o contrato enquadrável numa das duas referidas espécies influi sobre a definição do **objeto** do negócio jurídico, isto é, a configuração da **prestação** devida, e, conseqüentemente, sobre a conceituação do **descumprimento**.

Na **obrigação de resultado**, o contratante obriga-se a alcançar um determinado fim, cuja não-consecução importa em descumprimento do contrato. No contrato de transporte e no de empreitada, por exemplo, se o bem transportado não chega incólume ao destino previsto, há inadimplemento do transportador, devendo este reparar os prejuízos do destinatário. Como ditou a história, o transporte de pessoas e coisas começou a sujeitar-se a incidentes e acidentes, contudo, a sua causa estaria ligada a caso fortuito ou força maior, e não ao fator álea (risco). Por tal razão, aquela obrigação foi considerada de resultado, ou seja, onde não havia previsão de ocorrência do elemento aleatório. Da mesma forma, descumpe o contrato de empreitada o construtor que não produz o edifício com a segurança e as especificações previstas no contrato. Ambos tinham, perante o outro contratante, um débito específico, que consistia em alcançar o fim predeterminado. Esse fim confundia-se com a **prestação devida**, motivo pelo qual se dá o descumprimento contratual, quando tal meta não é atingida.

Já na **obrigação de meio**, o que o contrato impõe ao devedor é apenas a realização de certa atividade, rumo a um fim, mas sem ter o compromisso de atingi-lo. O objeto do contrato limita-se à referida atividade, de modo que o devedor tem de empenhar-se na procura do fim que justifica o negócio jurídico, agindo com zelo e de acordo com a técnica própria de sua função; a

frustração, porém, do objetivo visado não configura inadimplemento, nem, obviamente, enseja dever de indenizar o dano suportado pelo outro contratante. **Somente haverá inadimplemento, com seus consectários jurídicos, quando a atividade devida for mal desempenhada.** É o que se passa, em princípio, com a generalidade dos contratos de prestação de serviços, já que o obreiro põe sua força física ou intelectual à disposição do tomador de seus serviços, sem se comprometer como resultado final visado por este.

12 - NATUREZA DO CONTRATO MÉDICO E JULGADOS ELUCIDATIVOS

O contrato de prestação de serviços médicos provoca obrigação tipicamente de meio e não de resultado, como explicitado.

É claro que paciente e médico têm um objetivo comum: a busca da cura do enfermo. Mas, a ciência médica e a própria natureza do paciente não permitem garantir que essa meta seja assegurada. Ambos se empenharão na tarefa de perseguir esse objetivo, porém, sem a certeza de poderem alcançá-lo. A prestação contratual do médico, então, cinge-se a pôr seus conhecimentos técnicos à disposição do paciente, desempenhando-se com zelo e adequação. Se cumpre tal prestação, o contrato terá sido cumprido, malgrado o insucesso do tratamento, no tocante à meta de curar ou salvar o doente.

Assim, a doutrina é unânime ao afirmar que é indubitoso o fato de a obrigação do médico (clínico, cirurgião geral e cirurgião plástico reparador ou reconstrutor) ser de meios, já que ele não se compromete com a cura, mas sim, busca utilizar toda a sua potencialidade física e mental, todo o cuidado consciencioso e atento, de acordo com as aquisições da ciência e de toda a aparelhagem disponível e adequada, para atingir o melhor resultado para seu paciente, no desempenho de um dever de ordem pública, ligado como está aos altos interesses da prevenção e preservação da saúde.

Com efeito, o médico não se obriga a restituir a saúde ao paciente sob os seus cuidados, mas a conduzir-se com toda a diligência na aplicação dos conhecimentos científicos, para colimar, tanto quanto possível, aquele objetivo.

Assim, aponta Ulderico Pires dos Santos⁴² que, para responsabilizar o profissional pelos insucessos no exercício de seu mister, que venham a causar danos aos seus clientes, em consequência de sua atuação profissional, é necessário que resulte provado de modo concludente que o evento danoso se deu em razão de negligência, imprudência, imperícia ou erro grosseiro de sua parte, sob as vestes tanto da ação, quanto da omissão.

Dito de outro modo, sendo a obrigação do médico uma obrigação de meio e não de resultado, é ele responsável pelo insucesso de uma intervenção clínica ou cirúrgica apenas quando resta provada a sua conduta culposa. Sem a prova de tal pressuposto da responsabilidade civil, o evento danoso deverá ser debitado ao infortúnio.

Por outro lado, o problema começa e se agiganta, quando o tema é a **cirurgia plástica estética**, também denominada de cosmetológica ou embelezadora, que, no entender de inúmeros autores e maioria dos julgadores, insere-se na modalidade obrigação de resultado.

Tendo em vista que tal entendimento nos parece equivocado, necessárias se fazem algumas considerações.

O renomado autor Rui Stoco⁴³ sustenta:

Em se tratando de cirurgia meramente estética não há como deixar de afirmar a obrigação de resultado do médico. Não se pode deslembrar que a responsabilidade de que cogitamos é contratual. Enquanto na atividade tradicional o médico oferece serviços de atendimento através de meios corretos e eficazes, comprometendo-se a proporcionar a seu paciente todo o esforço, dedicação e técnicas, sem, contudo, comprometer-se com a cura efetiva, na atividade de cirurgião estético o médico

⁴² SANTOS, Ulderico Pires dos. *A responsabilidade civil na doutrina e na jurisprudência*, Rio de Janeiro: Forense, 1984. p. 361

contrata um resultado previsto, antecipado e anunciado. Não ocorrendo este, salvo intercorrências e episódios que atuem como elidentes de sua responsabilidade, cabe exigir-lhe o adimplemento da obrigação de resultado assumida .

Em sua obra *O dano estético*, Teresa Ancona⁴⁴ enfatiza:

Quando alguém, que está muito bem de saúde, procura um médico somente para melhorar algum aspecto seu, que considera desagradável, quer exatamente esse resultado, não apenas que aquele profissional desempenhe seu trabalho com diligência e conhecimento científico, caso contrário, não adiantaria arriscar-se e gastar dinheiro por nada. Em outras palavras, ninguém se submete a uma operação plástica se não for para obter um determinado resultado, isto é, a melhoria de uma situação que pode ser, até aquele momento, motivo de tristezas.

Genival Veloso de França⁴⁵, médico e jurista, adotando uma posição bastante extremista, a respeito dos pacientes que recorrem ao cirurgião plástico ressalta:

interessados numa obrigação de resultado, e quando este não é conseguido surgem sérias imputações penais e pesadas responsabilidades civis. É que o sucesso é o único resultado almejado, e aí está o que diferencia estas intervenções dos outros ramos da cirurgia, os quais estão alicerçados no interesse imediato de, muitas vezes, salvar uma vida. Chega-se

⁴³ STOCO, Rui. *Tratado de responsabilidade civil*, 6 ed. rev. aum., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004, p. 534

⁴⁴ LOPEZ, Teresa Ancona. *O dano estético*. 2 ed. rev. atual. e aum., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 91

⁴⁵ FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*, 8 ed. rev. atual., São Paulo: BYK, 2003, p. 242

à conclusão de que jamais poderá haver fracasso naquelas operações.

No mesmo sentido, ensina o Professor Caio Mário⁴⁶:

a cirurgia estética gera obrigação de resultado e não de meios. Com a cirurgia estética, o cliente tem em vista corrigir imperfeição ou melhorar a aparência. Ele não é um doente, que procura tratamento, e o médico não se engaja na sua cura. O profissional está empenhado em proporcionar-lhe o resultado pretendido, e se não tem condições de consegui-lo, não deve efetuar a intervenção. Em conseqüência, recrudesce o 'dever de informação' bem como a obrigação de vigilância, cumprindo, mesmo, ao médico recusar seu serviço, se os riscos da cirurgia são desproporcionais às vantagens previsíveis.

Visto o posicionamento da doutrina majoritária atual, passemos a verificar a postura da jurisprudência, através de algumas ementas (resumo de julgados dos tribunais):

INDENIZAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. CIRURGIA PLÁSTICA. DANOS ESTÉTICOS. HIPÓTESE DE CICATRIZES HIPERTRÓFICAS LOCALIZADAS NAS MAMAS. CONSIDERAÇÕES SOBRE A CIRURGIA REPARADORA E ESTÉTICA. CONFIGURAÇÃO DA OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. VERBA DEVIDA PARA A REALIZAÇÃO DE NOVA CIRURGIA PARA REPARAÇÃO DO DANO. RECURSO PROVIDO. - Quanto aos cirurgiões plásticos, a obrigação que assumem é de resultado. Os pacientes, na maioria dos casos de cirurgia plástica, não se encontram doentes, mas pretendem corrigir um

problema estético. Interessa-lhes, precipuamente, o resultado. Se o cliente fica com aspecto pior, após a cirurgia, não se alcançando o resultado que constituía a própria razão de ser do contrato, cabe-lhe o direito à pretensão indenizatória pelo resultado não alcançado. (TJSP - 1ª C. - Ap. 227.747-1 - Rel. Guimarães e Souza - j. 15.07.1995) ⁴⁷.

MÉDICO. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO. MAMOPLASTIA DA QUAL RESULTOU DEFORMIDADE ESTÉTICA. - *Se a deformação dos seios deve ser atribuída à flacidez da pele da autora, resta incólume a culpa do cirurgião. Assim, duas hipóteses merecem destaque. Primeira, o réu, que, evidentemente, examinou os seios da autora, percebeu a alegada flacidez da pele, ocultando esse fato da paciente, agindo com imprudência, pois como conceituado cirurgião que alega ser, devia prever o resultado indesejável da deformação apontada. Segunda, se não percebeu a flacidez, agiu com negligência, outra modalidade da culpa. (TJSP - 9ª C. - Ap. - Rel. Accioli Freire - j. 09.06.1994 - RT 713/125) ⁴⁸.*

AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS DECORRENTES DE CIRURUGIA PLÁSTICA NOS SEIOS E NO ABDÔMEN - RESULTADO NÃO ATINGIDO SATISFATORIAMENTE - PERDA DE UM DOS MAMILOS - SE A OBRIGAÇÃO É DE RESULTADO, E NÃO DE MEIO, ÀQUELE VINCULA-SE O MÉDICO - PROVA DOS AUTOS NÃO CONCLUSIVA QUANTO À CULPA E À OCORRÊNCIA DE FORÇA MAIOR - PROCEDÊNCIA DO PEDIDO PARA CONDENAR OS RÉUS AO

⁴⁶ PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Responsabilidade civil*, 9 ed. rev. atual., Rio de Janeiro: Forense, 2002, p. 157

⁴⁷ STOCO, Ruy, 2004, p. 550.

PAGAMENTO DAS DESPESAS NECESSÁRIAS À REALIZAÇÃO DE NOVAS OPERAÇÕES DE REPARAÇÃO DAS LESÕES - VERBA QUE SE CONCEDE DE DANO ESTÉTICO, ARBITRADA, NO CASO EM 50 PISOS NACIONAIS DO SALÁRIO. (TJRJ - Ap. 4.723/89, 5ª C.Cív., Rel. Des. Humberto de Mendonça Manes, j. 12.12.89) ⁴⁹.

Transcrevemos um trecho desta última decisão, a fim de esclarecer a ementa trazida:

[...] O exame dos autos está a mostrar que se trata de obrigação de resultado, e não de obrigação de meio. [...] Sucede que a prova dos autos não caracterizou, em momento algum, a existência de força maior ou caso fortuito, a fim de que o pedido indenizatório viesse a ser desacolhido. A respeito, informa o perito às fls. 349: `A infecção visualizada não era a causa primária e sim a consequência secundária de um fenômeno local (isquemia com necrose) à qual se superpõe, então, a infecção. A infecção era, digamos, a ponta do iceberg, a parte visível. A invisível, o fenômeno isquêmico local com necrose`. Agora, se o cirurgião foi o responsável por essa isquemia ou não é duvidoso, impossível de se afirmar ou negar, porque poderíamos estar diante de um paciente com deficiência constitucional de irrigação arterial de aréola e mamilo (tipo III de Maliniao ou com circulação areolar e mamilar de variação radial). É verdade que esse tipo de circulação só ocorre em 6% dos pacientes, mas nada impede que a Autora estivesse entre essas 6%. É provável então, que os Réus tenham agido com boa técnica, como afirma a douta sentença. Nada há, nos autos, que lhes desmereça seu trabalho

⁴⁸. STOCO, Ruy, 2004, p. 551.

nem sua dignidade como profissionais. Mas, se a obrigação é de resultado e ele não veio a ser atingido, dispensa-se a Autora de provar a culpa dos Réus. Estes sim, para se eximirem da responsabilidade pecuniária, é que teriam que provar a existência do fortuito ou da força maior. E essa prova os Réus não produziram em fase alguma da relação processual, pois o laudo é inconcludente, deixando dúvidas sobre se os Réus teriam, ou não, culpa quanto aos meios empregados. Ora, se o fato extintivo (o fortuito ou a força maior) não veio a ser demonstrado, procede o pedido da Autora, com a condenação solidária dos Réus.

CIVIL E PROCESSUAL - CIRURGIA ESTÉTICA OU PLÁSTICA - OBRIGAÇÃO DE RESULTADO (RESPONSABILIDADE CONTRATUAL OU OBJETIVA) - INDENIZAÇÃO - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA.

I - 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.

II - Cabível a inversão do ônus da prova.

III - Recurso conhecido e provido. (STJ - REsp 81.101 - [95.0063170- 9] - PR - 3ª T. Rel. Min. Waldemar Zveiter - DJU 31.05.1999)⁵⁰.

Ementa da Redação: No procedimento cirúrgico estético, em que o médico lida com paciente saudável que apenas deseja melhorar sua aparência física e,

⁴⁹Seleções Jurídicas; COAD, v.1, p. 88-89, maio 1994.

⁵⁰ Cf. *Revista dos Tribunais*, v. 767, p.111-125; *Revista do Superior Tribunal de Justiça*, v. 119, p.290 e BUSSADA, Wilson, 2000, p. 59-75.

conseqüentemente, sentir-se psiquicamente melhor, estabelece-se uma obrigação de resultado que impõe ao profissional da medicina, em casos de insucesso da cirurgia plástica, presunção de culpa, competindo-lhe ilidi-la com a inversão do ônus da prova, de molde a livrá-lo da responsabilidade contratual pelos danos causados ao paciente em razão do ato cirúrgico.

Ementa do voto vencido, pela Redação: Pela própria natureza do ato cirúrgico, pouco importando sua subespecialidade, a relação entre o cirurgião e o paciente está subordinada a uma expectativa do melhor resultado possível, eis que toda intervenção cirúrgica pode apresentar resultados não esperados, mesmo na ausência de culpa ou erro médico. Assim, a satisfação do contrato firmado entre médico e paciente para a realização de cirurgia plástica, de cunho especificamente estético, não depende, exclusivamente, da perícia ou diligência do cirurgião, mas de fatores idênticos aos de qualquer outra cirurgia, razão pela qual impossível autorizar-se a inversão do ônus da prova, em casos de insucesso do procedimento cirúrgico, pois a responsabilidade do profissional, em tais hipóteses, deve ser apurada mediante a verificação da sua culpa no evento, nos termos do art. 14, § 4º do CDC.

Pela ementa deste acórdão, de se ver que é uma decisão muito rica em argumentos favoráveis às duas correntes: a majoritária, sustentando que o contrato de cirurgia plástica estética configura obrigação de resultado, autorizando a inversão do ônus da prova, e a minoritária, entendendo que o mesmo contrato constitui obrigação de meio, repelindo, pois, a inversão do

onus probandi. Tal visão analítica da matéria representa um ponto de partida para a tomada de posição, que se impõe.

12.1 - Aspectos de distinção e críticas pertinentes

Os aspectos de distinção levantados pela doutrina e jurisprudência analisada, que podem permitir a caracterização do tipo de uma obrigação, se de meio ou se de resultado (ponderações estas que se notam, nitidamente na controversa classificação da cirurgia plástica estética como de resultado), podem ser assim resumidos:

1 - Paciente saudável

Propala boa parte da doutrina jurídica e da jurisprudência que um paciente, ao procurar a cirurgia plástica dita estética, a fim de melhorar sua aparência, não sofre de nenhuma doença e, portanto, neste caso, o médico trabalharia com uma obrigação de resultado e não de meios, tendo em vista que tal intervenção não assume um caráter de necessidade. Justificam, ainda, alguns que a pretensão de “embelezar-se” constituiria uma vaidade fútil, levando a cirurgia plástica meramente estética a atingir uma feição menos nobre, que deveria ser apreciada, com um maior rigor, pelos Tribunais⁵¹.

⁵¹ Oportuno esclarecer, tendo em vista os ensinamentos do médico e Professor Juarez Moraes Avelar⁵¹, que o uso da terminologia “cirurgia embelezadora” é resultante da carência de informações adequadas, pertinentes à cirurgia plástica. Trata-se, portanto, de outra expressão equivocada, alusiva aos atos da cirurgia plástica, pois não existe intervenção cuja finalidade seja, em última ou primeira instância, embelezar pacientes. Sustenta o doutor que os procedimentos da cirurgia plástica que buscam ampliar os limites de equilíbrio e harmonia são enquadrados no jargão da Medicina como cirurgia estética, e não como “embelezadora”, e que o imprescindível papel da cirurgia plástica é destinado à correção de assimetrias, desproporcionalidades, desequilíbrio e desarmonia entre os elementos de um órgão e deste com os demais elementos da região e das regiões vizinhas, para fortalecer o bem-estar íntimo e a auto-estima dos pacientes. Assim sendo, enfatiza o cirurgião que a designação “cirurgia embelezadora” apresenta-se totalmente inadequada, arbitrária, errônea e inaceitável para a cirurgia plástica, que atua nos tecidos orgânicos, promovendo modificações estruturais, ocorrendo alterações teciduais, com cicatrizes, tanto nas intervenções reconstrutoras como nas estéticas, entendendo que a cirurgia plástica é obrigação de meio e não de resultado. Isso revela que deve haver uma mudança de mentalidade junto à sociedade,

Ora, anuindo ao entendimento da Literatura Médica, de se ver que tais assertivas seriam completamente inconscientes e inverídicas, pois a cirurgia plástica estética é aceita mundialmente como válida e necessária aos pacientes, tanto por sua finalidade corretiva das formas do organismo, como por sua ação psicológica positiva. Tais princípios estão em perfeita sintonia com o novo conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde - OMS - isto é, “um estado de bem-estar físico, social e mental”.

Na medida em que aceitamos e incorporamos esta definição, passamos a identificar as diferentes causas de mal estar. Mesmo pequenas deformidades ou diminutas falhas antiestéticas, ao se tornarem causa de sentimento de inferioridade ou fator de conflitos emocionais, passam a ser importantes para a saúde do indivíduo.

Portanto, se uma mulher tem os seios muito pequenos ou a face muito enrugada e se sente mal com esse aspecto, sua queixa não pode ser levianamente tachada de frivolidade, mas os seus sintomas deverão ser estudados com toda a atenção. Estabelecida a correlação entre o defeito físico, por mínimo que seja, com a doença emocional ou psicossomática⁵², o tratamento está indicado, seja por psicoterapia, cirurgia plástica ou a combinação de ambas. O estudo da auto-imagem poderá nos esclarecer muitos aspectos que poderão levar à indicação ou não de uma cirurgia estética⁵³.

O principal sentido de qualquer parte do corpo é o que ele significa para determinada pessoa. Freud⁵⁴ já dizia que o *ego* é primeiro e primitivamente um *ego* corporal.

eis que fere a ética da especialidade um compromisso de se alcançar a beleza, que é tão subjetiva e inatingível muitas vezes, quando na verdade os profissionais objetivam proporcionar ao paciente uma harmonização entre o aspecto exterior e o interior. **AVELAR, Juarez Moraes. Cirurgia plástica: obrigação de meio e não-obrigação de fim ou de resultado, SP: Hipócrates, 2000, p. 328 et seq.**

⁵² “Psicossomático: Pertencente ou relativo, simultaneamente, aos domínios orgânico e psíquico; diz-se das perturbações ou lesões orgânicas produzidas por influências psíquicas (emoções, desejos, medo, etc.)” **FERREIRA, A.B. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** . Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p. 536.

⁵³ ELY, Jorge Fonseca. *Cirurgia plástica*, 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980, p. 494.

⁵⁴ FREUD, S. *The ego and the Id.* London: Hogart Press, 1927, p. 31

No quadro de referência atual da Psicanálise, *ego*, como termo técnico, refere-se ao grupo de funções que relacionam a pessoa com a realidade. O desenvolvimento, a manutenção e a mudança da imagem do corpo (*body image*) são algumas dessas funções.

Pela definição de Gerstmann⁵⁵, “imagem do corpo é normalmente um conjunto integrado de construções mentais representando o próprio corpo”. Por outro lado, muito do que a pessoa valoriza pode ser compreendido em termos dos papéis e funções que desempenha na vida, bem como de suas relações pessoais. Assim, torna-se importante que o médico apure com detalhes, realizando uma anamnese relativa a hábitos, atitudes, relacionamentos, trabalho, esportes, passatempos, a fim de perquirir o que o corpo representa para aquele paciente, descobrindo, então, se há indicação da cirurgia plástica pretendida.

Segundo Ely⁵⁶, a semelhança física com o genitor do sexo oposto pode dificultar a individualização para as adolescentes. Informa que as adolescentes com nariz do tipo masculino, muito semelhante ao do pai, encontram especial alívio na rinoplastia (cirurgia plástica de nariz). MCGregor⁵⁷ noticia que, em uma série de casos de rinoplastia, estudada sob ponto de vista psicológico, a maioria das adolescentes relatava que seu nariz era parecido com o do pai. Em vários casos, observou-se alívio e, até mesmo cura de afecções de fundo psicossomático - tais como asma brônquica, rinite alérgica, neurodermatoses - após a correção estética de um defeito anatômico. Isto se explicaria em parte pelo alívio da tensão emocional produzida pela inadequação da auto-imagem.

Com efeito, percebe-se que a cirurgia estética visa criar ou devolver um aspecto normal e harmônico às pessoas que sofrem por sua desproporção de forma. O paciente é visto como um todo organo-psíquico no qual a área somática influi sobre o psiquismo e vice e versa.

⁵⁵ GERSTMANN, J. Psychological and phenomenological aspects of disorders of body image. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 126, p. 499, 1958.

⁵⁶ ELY, 1980, p. 495.

⁵⁷ MCGREGOR, F. C. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement, *The Angle Orthodontist*, v. 40, p. 231-233, 1970.

Assevera Ely⁵⁸ que essa interdependência fundamenta a remoção das causas orgânicas que ferem o equilíbrio do ser integral. Sem dúvida, um desses fatores é representado pela baixa auto-estima e dificuldade de relacionamento resultantes de uma aparência desgraciosa ou desarmônica. A restauração do aspecto contribui não só para melhorar a autovalorização, como também para um melhor relacionamento interpessoal.

A intensidade da repercussão psicológica nem sempre é proporcional à magnitude do defeito, e não é fácil caracterizar quantitativamente as indicações da terapêutica cirúrgica.

Não se pode julgar apenas em função das desproporções anatômicas, mas sim atentar, primordialmente, para os defeitos psicológicos que elas desencadeiam.

Com isso, aprendemos que os transtornos da personalidade, depressões, neuroses e outras patologias psíquicas ou psicossomáticas podem ser abrandadas ou até erradicadas com uma intervenção cirúrgica estética, não havendo, portanto, como negar o seu caráter curativo, a implicar uma obrigação de meios.

2 - Fator aleatório ou de risco - decorre de elementos imponderáveis e/ou inevitáveis.

O fator *álea* está presente em qualquer intervenção cirúrgica e imprevisíveis as reações do organismo à agressão do ato cirúrgico.

O fator *álea* é que vai determinar o caráter aleatório ou não do resultado esperado na execução de uma prestação. Deveria ser evidente que, quando a prestação obrigacional se desenvolvesse em um campo aleatório, sua conceituação deveria situar-se dentro da categoria de uma obrigação de meio, já que não seria razoável garantir um resultado em seara onde o fator *álea* estivesse presente, o que, conseqüentemente, propiciaria algo imprevisível até um determinado ponto. Por outro lado, quando o resultado almejado tivesse condições de ser normalmente alcançado com os meios de que dispõe (ou deveria dispor) o devedor, então, a obrigação seria

⁵⁸ ELY, 1990, p. 495.

normalmente de resultado, como no caso da obrigação do transportador, já citada.

No que pertine à atividade médica, nota-se que o fator álea é o maior divisor de águas e o mais claro demonstrativo - não só da diferenciação entre as duas categorias de obrigações - ⁵⁹ como da inadequação de uso obrigação de resultado em searas plenas daquele fator, vez que ao contrário do que entende a doutrina e jurisprudência majoritárias apresentadas, a promessa de resultado não define a natureza da obrigação que é de prestar um serviço que traz consigo o risco).

3 - Dever de informação e consentimento esclarecido

Aguiar Dias⁶⁰ assim decompõe as obrigações implícitas no contrato médico: 1- conselhos; 2 - cuidados; 3 - abstenção de abuso ou desvio de poder.

O primeiro deles corresponde justamente ao **dever de informação**, impondo ao médico esclarecer o seu paciente sobre a sua doença, sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; devendo ainda o paciente ser informado da invasibilidade e da duração do tratamento, dos benefícios, inconvenientes possíveis, dos riscos previsíveis, podendo consentir ou recusar determinada intervenção médica ou cirúrgica. O médico deve esclarecer, quando for o caso, sobre as controvérsias quanto às possíveis alternativas terapêuticas existentes. A pessoa deve ser informada da eficácia presumida das medidas propostas, sobre as probabilidades de alteração das condições de dor, sofrimento e de suas condições patológicas, ou seja, deve ser esclarecida em tudo aquilo que possa fundamentar as suas decisões.

Na cirurgia, porém, a informação deve ser o mais completa possível. Tais esclarecimentos devem ser feitos em termos compreensíveis para o leigo, mas suficientemente esclarecedores para atingir seu fim, pois destinam-se a deixar o paciente em condições de se conduzir diante da doença e de decidir sobre o tratamento recomendado ou sobre a cirurgia objetivada. Os riscos

⁵⁹ Para entender o fator álea: “ Se estima, en efecto, que las particularidades de las reacciones de cada paciente a un mismo tratamiento conjuntamente con la evolución peculiar de la enfermedad constitue el alea”. LOBATO GOMES, 1992, p. 703.

decorrentes do ato cirúrgico, o fator aleatório relacionado ao ambiente biológico do corpo humano, bem como a reação orgânica pessoal de cada um devem ser amplamente divulgados ao paciente, a fim de que todas as possíveis complicações possam ser do seu conhecimento, evitando-se, assim, a surpresa e insatisfação do paciente, bem como infundadas demandas reparadoras

Paralelamente ao dever de informação, existe a obrigação de a intervenção cirúrgica ser precedida do **consentimento do paciente** ou de responsável legal, a fim de erradicar o fator surpresa e a insatisfação do paciente diante do resultado obtido.

A falta de informação sobre o risco e a não obtenção do consentimento informado conduzem à responsabilidade do cirurgião, mas por descumprimento culposo da obrigação de meios.

A propósito, o Código de Ética Médica assim prevê:

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

Revela-se importante, pois, informar os riscos previsíveis e tomar as medidas necessárias de prevenção, lembrando sempre que **não há intervenção cirúrgica sem risco.**

Observa-se ainda do Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

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

Com isso, evidencia-se que a intervenção médica envolve também a participação do paciente, que está diretamente ligada ao fator aleatório, podendo ser:

- **ativa** - interação obrigatória do paciente na relação médico-paciente (fornecer dados corretos sobre sua pessoa e seus hábitos, notificar o seu médico em caso de qualquer anormalidade no pré e pós-operatório e/ou

⁶⁰ DIAS, 1995, p. 256.

tratamento clínico; tomar a medicação prescrita de maneira correta; observar a dieta recomendada, quando for o caso; manter a postura corporal indicada em determinados tipos de cirurgia e outros etc)

- *passiva* - resposta orgânica do paciente - intimamente ligada ao fator *álea*, eis que decorre das reações individuais de cada um.

Enfim, deve o cirurgião ponderar sempre o valor social que o leva a enfrentar o risco e necessidade de realização da intervenção, juntamente com o seu assistido.

4 - Resultado técnico satisfatório e insatisfação pessoal

Em inúmeros casos, observa-se que os pacientes se mostram insatisfeitos ou frustrados com o resultado alcançado, eis que sua expectativa subjetiva não coincidiu com o fim atingido, o que, por si só, tem se revelado como fator gerador de uma ação ressarcitória.

Assim, deve o profissional médico cercear expectativas infundadas do paciente, desde logo, informando-o dos fatores aleatórios relacionados ao ambiente do corpo humano, que possui uma reação pessoal e particular.

Analisados estes 4 aspectos, conclui-se que na prática, como se apura da doutrina e jurisprudência transcritas, as lides envolvendo profissionais da área de cirurgia plástica estética, já vêm previamente rotuladas como sendo uma obrigação de resultado, restando desconsiderados, na maioria das vezes, o fator *álea*, a participação (ativa ou passiva) do paciente etc. O que conta é apenas o resultado que, mesmo sendo bom, pode não ser aceito como tal.

A boa notícia é que os juristas já começam a se atentar para isto. Assim, bastante oportuna nos parece a lição do Ministro Ruy Rosado de Aguiar ⁶¹, no sentido de que

embora se diga que os cirurgiões plásticos prometam corrigir, sem o que ninguém se submeteria, sendo são, a uma intervenção cirúrgica, pelo que assumiriam eles a

obrigação de alcançar o resultado prometido, a verdade é que a álea está presente em toda intervenção cirúrgica, e imprevisíveis as reações de cada organismo à agressão do ato cirúrgico. Pode acontecer que algum cirurgião plástico, ou muitos deles, assegure a obtenção de certo resultado, mas isso não define a natureza da obrigação de prestar um serviço que traz consigo o risco. É bem verdade que se pode examinar com maior rigor o elemento culpa, pois, mais facilmente se constata a imprudência na conduta do cirurgião que se aventura à prática da cirurgia estética, em que tinha chances reais, tanto que ocorrente de fracasso. A falta de uma informação precisa sobre o risco, e a não-obtenção de consentimento plenamente esclarecido, conduzirão eventualmente à responsabilidade do cirurgião, mas por descumprimento culposo da obrigação de meios.

Em recentíssima obra, prosseguindo-se no raciocínio alinhado, Menezes Direito e Cavalieri Filho⁶² argumentam que:

‘Toda intervenção cirúrgica, qualquer que ela seja, pode apresentar resultados não esperados, mesmo na ausência de erro médico. E, ainda, há em certas técnicas conseqüências que podem ocorrer, independentemente de qualificação profissional e da diligência, perícia e prudência com que realize o ato cirúrgico. Nesta corrente, que qualifica a cirurgia estética no cenário das obrigações de meio estão refutados os dois pontos nucleares para transpô-la ao campo das obrigações de resultado, seja o compromisso de o cirurgião obter com o

⁶¹ AGUIAR JR., Ruy Rosado. Responsabilidade civil do médico, *Revista dos Tribunais*, nº 718, agosto 1995, p. 33/53.

⁶² DIREITO, Carlos Alberto Menezes; CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Comentários ao novo código civil; da responsabilidade civil; das preferências e privilégios creditórios*, Rio de Janeiro: Forense, 2004. v. 13, p. 450.

ato cirúrgico determinado resultado, que teria sido contratado, seja a ausência de patologia, ao fundamento de que tais aspectos não desqualificam a unidade científica do ato cirúrgico, que tem a mesma natureza e depende da mesma álea, não importa a subespecialidade.

Bastante coerentes se mostram tais entendimentos, aos quais aderimos, eis que o fato de algum cirurgião garantir ou prometer um determinado resultado não descaracteriza a natureza jurídica da obrigação, que continua sendo de meios, vez que o compromisso com o fim pretendido não possui o condão de desqualificar a unidade científica do ato cirúrgico, que tem a mesma natureza e constitui procedimento invasivo, envolvendo a mesma álea, não importando a subespecialidade. Nesses casos, em que se vislumbram promessas infundadas e inalcançáveis e/ou diante da ausência de informação ao paciente dos riscos ou complicações, bem como ausente o termo de consentimento informado, há que ser apurada a culpa do cirurgião, mas pelo descumprimento de uma obrigação de meios (dever de informação, dever de colher termo de consentimento informado, dever de abstenção de abuso de poder).

Tomando conhecimento prévio de toda a informação pertinente à intervenção, seja ela clínica ou cirúrgica (seja que especialidade for), bem como conscientizando-se de que o resultado pretendido será limitado por todos os fatores já discutidos, expectativas infundadas serão afastadas pelo paciente, fato que propiciará a ele posicionar-se de uma maneira mais coerente e legítima diante do resultado atingido, evitando-se demandas judiciais descabidas ou injustificadas.

Assim, o enfoque dado por essas decisões judiciais majoritárias sobre a responsabilidade civil do médico, em casos de cirurgia plástica estética, considerando-a como obrigação de resultado, em detrimento da reparadora, que seria de meios, carece de fundamentos tanto éticos como técnicos, portanto, não podendo tal situação ser aceita pacificamente, eis que é inegável a presença do fator aleatório, imponderável, bem como da participação passiva do paciente diante do ato cirúrgico. E nessas hipóteses,

em que as manifestações adversas são absolutamente imprevisíveis, ou até incontroláveis, exsurge o verdadeiro caso fortuito, a ser debitado ao infortúnio, não se podendo imputar responsabilidade ao profissional pelo insucesso, desde que tenha alertado previamente o paciente da possibilidade dessas indesejáveis intercorrências.

Esse entendimento vale para qualquer especialidade médica que possa a vir a ser classificada, equivocadamente, como obrigação de resultado, diante do inafastável fator de risco inerente aos procedimentos.

Assim, todas essas questões referentes ao comportamento do facultativo na relação médico-paciente devem ser deslindadas pela regra geral: se, naquelas circunstâncias, com os meios de que dispunha, o profissional não se desviou crassamente da conduta prevista para aquele caso e de todos os deveres que lhe são impostos, inexistirá culpa - e, por conseguinte, estará arredado o dever de indenizar. Mesmo diante desse comportamento diligente, advindo resultados adversos, poderia estar configurado o que a doutrina denomina de erro profissional ou escusável, que não é decorrente da falta de observação das regras e princípios que a ciência sugere, e sim devido à imperfeição da Medicina - arte despida de precisão matemática - e à precariedade dos conhecimentos humanos. Nesse sentido, confira-se a manifestação da 3ª Câmara Cível do TJMG⁶³, ao proclamar:

Responsabilidade civil - Erro médico - Indenização. O erro é próprio da falibilidade humana. O que não se pode admitir, no entanto, é que os melhores profissionais também não errem. É certo que, não sendo infalível a ciência médica, o erro desculpável do facultativo nunca poderia ser invocado como fundamento da responsabilidade. E não menos certo também é que nas obrigações de meio, que se contrapõem às obrigações de resultado, obriga-se tão somente a diligenciar honestamente à realização de um fim, com os

meios de que dispõe, a exemplo do que se dá com o exercício profissional da medicina, quando a responsabilidade do médico fica condicionada à demonstração de sua culpa, quer por negligência, imprudência ou imperícia. Segundo o nosso Direito, dentro da responsabilidade aquiliana, ainda que seja levíssima a culpa do agente causador do dano, cumpre-lhe indenizar a vítima.

⁶³ CHAVES, Antônio. Responsabilidade civil do ato médico; contrato de meios. *Revista Jurídica*, jan. 1995, v. 207, p.21.

13 - AÇÃO INDENIZATÓRIA E A CULPA MÉDICA

Inicialmente, cumpre observar que a **prova** é elemento instrumental para que as partes influam na convicção do juiz sobre os fatos que afirmaram, e o meio de que se utiliza o magistrado para averiguar a respeito dos fatos em que os titulares dos interesses em conflito fundam as suas alegações.

A necessidade de provar para vencer, segundo Wilhelm Kisch, tem o nome de **ônus da prova**⁶⁴. Não se trata de um direito ou de uma obrigação, mas de uma **faculdade**, uma vez que a parte a quem incumbe fazer a prova do fato, suportará as conseqüências e prejuízos da sua falta e omissão.

O art. 333 do Código de Processo Civil prevê a distribuição do ônus probatório, nos seguintes termos:

- **ao autor** cabe a prova do fato **constitutivo** do seu direito, ou seja, deve provar o fato jurídico em que se funda a sua pretensão deduzida no processo;
- **ao réu** cabe a prova do fato **impeditivo, modificativo ou extintivo** do direito do autor, quer dizer, se o réu admite ter ocorrido o fato invocado pelo autor, cabe a ele provar o fato superveniente que impeça, modifique ou extinga a constituição do efeito pretendido pela outra parte.

A culpa do médico, pela natureza do contrato que firma com o paciente, somente restará caracterizada quando os seus serviços tiverem sido prestados fora dos padrões técnicos. Por isso, o fato constitutivo do direito de quem pede indenização por falha médica se baseia no desvio de conduta técnica cometido pelo prestador de serviços. Como esse desvio é uma situação atípica dentro da relação obrigacional, não há como presumi-lo. A carga probatória do não-uso de todas as possibilidades existentes, e que poderiam a levar a um resultado pelo de êxito cabe ao credor. Esta é a norma genérica clássica adotada, nos moldes do art. 333, I do CPC.

⁶⁴ KISCH, Wilhelm. *Elementos de derecho procesal civil*, 1940, *apud* LALOU, Henri. *Traité pratique de la responsabilité civile*, 6. Ed., Paris: Sirey, 1962, v. 1, p. 205.

Como o risco de falha, de insucesso e até de lesões é normal na prestação de serviços médicos, os tribunais, em princípio, não são liberais com o ônus da prova a cargo do paciente ou de seus dependentes, quando se trata de ação indenizatória fundada em erro médico. Nenhum tipo de presunção é de admitir-se, cumprindo ao autor, ao contrário, o ônus de comprovar, de forma idônea e convincente, o nexos causal entre uma falha técnica, demonstrada *in concreto*, e o resultado danoso queixado pelo promovente da ação indenizatória⁶⁵.

⁶⁵ THEODORO JÚNIOR, Humberto, 2001, p.73. Idem, p. 73.

14 - DA PROVA PERICIAL E ALGUNS CASOS CONCRETOS

Como destinatário da prova o que busca o magistrado ao determinar a realização da prova pericial é, sem dúvida, esclarecimentos técnicos para auxiliá-lo em seu livre convencimento no julgamento do processo.

A realização da prova pericial permite que o perito e os assistentes técnicos formem um juízo sobre um fato, e que este juízo seja transmitido - observando-se sempre, evidentemente, o contraditório - ao juiz, que deve valorar esta prova, e ainda confrontá-la com as demais provas produzidas no processo.

Em busca desta verdade e da melhor e mais justa decisão, se vale o juiz do PERITO, sempre que a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico.

Nem sempre é possível um juízo rigoroso, preciso, sobre a falha técnica e seu nexos com a lesão ou dano. Os tribunais, por isso, adotam, às vezes, princípios antigos e universalmente aceitos como o da **previsibilidade** e o da **razoabilidade**. O julgador segue sua experiência da vida, e da observação do que comumente acontece, pode chegar a juízos de valor sobre a conduta profissional, quando se mostre muito difícil uma conclusão puramente técnica sobre a causa da lesão.

O ideal, porém, é exigir o magistrado, sempre, a prova pericial, para obter esclarecimentos que, de ordinário, não se comportam na esfera de seus conhecimentos e que se sujeitam a regras técnicas específicas e complexas.

Isto não quer dizer que o juiz fique escravo do laudo pericial. O Código de Processo Civil é claro ao estatuir que:

Art. 436 do Código de Processo Civil: “o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos”.

A **perícia** não é uma super prova que se coloque acima das demais e que não permita questionamento algum. Se fosse intangível a conclusão do técnico, este, não o magistrado seria o verdadeiro juiz da causa e anulada restaria a função jurisdicional do último.

O **laudo pericial**, todavia, vale, não pela autoridade técnica de quem o subscreve, mas **pela força de convencimento dos dados que o perito conseguiu levantar, a partir da ciência por ele dominada**. Esses mesmos dados podem ser cotejados com outros elementos probatórios disponíveis ou submetido a exame crítico e racional do juiz, para chegar-se a conclusões diversas daquelas apontadas pelo experto. O juiz não possui os conhecimentos técnicos do perito, mas dispõe de discernimento e experiência para rever os termos do silogismo em que se apoiou o laudo, e, por isso, pode criticar e desprezar sua conclusão.

Como já mencionado mais de uma vez, a culpa que se apura no processo de indenização por dano de responsabilidade médica, além do dolo (vontade criminosa de lesar), compreende as formas de **negligência, imprudência e imperícia**.

Verifica-se a **imperícia** quando o médico, apesar de habilitado (curso teórico e prático na Faculdade de Medicina) para a nobilíssima tarefa, atua como se não possuísse noções primárias de técnica de consultar, diagnosticar ou operar. O médico ortopedista que engessa uma pessoa acidentada, a qual chega com “fratura exposta”, é imperito, porque o procedimento é adequado para “fratura fechada”, e, em casos assim, a indenização correspondente terminou sendo recepcionada no colendo STJ (REsp 228.199/RJ, Min. Eduardo Ribeiro, DJU 28.02.2000). Vale lembrar que, na medida em que os médicos criam novas divisões das especialidades médicas (na ortopedia existem

especialistas para os membros superiores, inferiores, braços, mãos, tornozelos etc), o desempenho deles passa a ser questionado com mais rigor, dado o natural conhecimento daquele setor em que atuam. Existem médicos que, sem a habilitação específica, aventuram-se no campo da medicina plástica estética ou reparadora e por inabilidade, provocam verdadeiros desastres. Isso ocorreu na operação de redução de mamas de paciente obesa, cirurgia que não apresentou o resultado esperado. O colendo STJ confirmou a condenação do médico “sem especialização para esse tipo de cirurgia”, o que, na prática, consubstanciaria imperícia. (REsp 332.025/MG, DJU 05.08.2002, Min. Carlos Alberto Menezes Direito, *in* Revista Síntese de Direito Civil e Processual Civil, v. 19, p. 105).

É no vocábulo **imprudência** que se situam as mais variadas ocorrências. Uma mulher morreu quando realizou um procedimento cirúrgico de “lipoaspiração” (retirada de partes gordurosas do corpo, como técnica de emagrecimento ou de modelagem), devido a uma parada cardíaca somente percebida pelo cirurgião e anestesista quando da passagem do primeiro para o segundo tempo cirúrgico: o TJSP considerou que ocorreu culpa de ambos, exatamente porque a paciente, de 43 anos de idade, realizou todos os exames preparatórios, acusando perfeita saúde. Erraram por omissão, declarou o acórdão (Ap. 153.075.4/8). A imprudência é exatamente a falta de cuidado dos profissionais, os quais não se interessam pelo estado da mulher durante o ato cirúrgico; a desatenção deles foi fatal. Outra hipótese de **imprudência**, extrai-se do julgado do STJ (REsp 200.831/RJ, DJU 20.08.2001, Min. Barros Monteiro, *in* RSTJ 154/381). Durante uma operação cesariana, integrante da equipe permitiu que o bisturi elétrico, utilizado para a incisão do ventre da parturiente, disparasse e queimasse a parte posterior do joelho dela, o que resultou ferimentos graves não dizimados sequer por enxerto feito com parte da pele do púbis. O médico chefe que comandava a operação foi condenado a ressarcir os danos, porque coube a ele escolher o auxiliar que teria cometido o erro de acionar o pedal do bisturi (*culpa in eligendo*) e por não fiscalizar o procedimento cabível em relação àquele equipamento (*culpa in vigilando*).

A **negligência**, segundo Antônio Chaves ⁶⁶, “é o descuido, desleixo, desídia, que geralmente ocorre em ´erros de diagnóstico`, tratamento impróprio ou inadequado, falta de cuidados indispensáveis, falta de higiene, esquecimento de compressas em operações cirúrgicas, curetagens malfeitas”. Enfatiza Zuliani ⁶⁷, que apesar da referência do saudoso professor, o TJSP não deferiu indenização (admitindo falta de prova da culpa do médico) para uma mulher que sofreu, sem ter autorizado, uma operação de “histerectomia”, devido à hemorragia decorrente de perfuração uterina e que deixou uma cicatriz de laparotomia exploradora, mediana, infra umbilical, de dezoito centímetros (Ap. 126.386.4/4). Seria temerário lançar críticas ao acórdão que materializou o resultado, sem consultar os autos e investigar os dados periciais; contudo, pela moderna teoria da reparação, diante da absoluta ausência de culpa da mulher e em face da probabilidade de a operação desautorizada ter se realizado para corrigir falha da curetagem (é o que se presume, data vênua), pelo menos caberia uma indenização capaz de financiar uma cirurgia plástica reparadora, afinal, a cicatriz que sobrou subtraiu da mulher atributo de beleza, de sedução e de amor próprio, um prejuízo que necessita ser reparado. (posicionamento do qual divirjo, conforme discussão retro).

Foi, contudo, penalizado um caso de erro médico por **negligência** (não encaminhar o paciente a um médico especialista). Ocorreu o seguinte: o médico não diagnosticou a gravidade de um corte profundo no dedo de um menor, limitando-se a realizar curativos; quando encaminhou o menino a um especialista, não foi possível evitar a amputação pela necrose fatal. O Des. Maia da Cunha, do TJSP anotou (Ap. 123.990-4/9, *in* RT 807/235): “O que não se pode é aceitar que, em pleno século XXI, um corte profundo e grave no dedo de um menino, a conduta adequada seja simplesmente lavar, suturar e esperar que não tenha havido danos vasculares... O mínimo que se pode esperar de um profissional é que identifique a lesão grave e encaminhe o

⁶⁶ CHAVES, Antônio. *Responsabilidade civil do ato médico; ato médico, contrato de meios*. In: UMA VIDA DEDICADA AO DIREITO; homenagem a Carlos Henrique de Carvalho, SP: Revista dos Tribunais, 1995, p. 157.

⁶⁷ ZULIANI, Ênio Santarelli. Responsabilidade civil fundada em erro médico : inversão do ônus da prova, *Revista Síntese de Direito Civil e Direito Processual Civil*, 26ª ed., v. 7, nov./dez. 2003, p. 143 *et seq.*

paciente ao médico especialista, ou a outro hospital com recursos suficientes para o tratamento adequado”. Nota: concedeu ao garoto lesionado uma pensão vitalícia de um salário mínimo por mês, pela redução de sua capacidade, além de indenização igual a 50 salários mínimos para compensar os danos morais.

Não se pode negar que o juiz destinatário da prova que se realiza de danos por erro médico, deve ficar atento à dura realidade dos hospitais e clínicas, sem o que não prepara o espírito para encontrar solução justa, por intermédio da aplicação das regras de experiência (art. 335 do CPC). Uma pesquisa constante dos casos de erros médicos julgados pelos tribunais é imprescindível para o desenvolvimento da formação humanística do juiz, porque, interpretando as ocorrências, poderá gravar, em sua memória, informações úteis para distinguir caso de erro e hipótese de fatalidade, acumulando histórico que lhe irá permitir caracterizar a culpa ou reconhecer a dignidade daquele que, de forma corajosa, desafiando os perigos da falta de recursos, ainda assim atendeu com presteza e diligência, o doente.

15 - DO PERITO

CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

Art. 145 - Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo o disposto no art. 421.

§ 1º - Os peritos serão escolhidos entre profissionais de nível universitário, devidamente inscritos no órgão de classe competente, respeitado o disposto no Capítulo VI, seção VII, deste Código

§ 2º - Os peritos comprovarão sua especialidade na matéria sobre que deverão opinar, mediante certidão do órgão profissional em que estiverem inscritos.

Art. 146 - O perito tem o dever de cumprir o ofício, no prazo que lhe assina a lei, empregando toda a sua diligência; pode todavia, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo.

Art. 147 - O perito que, por dolo ou culpa, prestar informações inverídicas, responderá pelos prejuízos que causar à parte, ficará inabilitado, por 2 anos, a funcionar em outras perícias e incorrerá na sanção que a lei penal estabelecer.

Art. 138 - inciso III - os peritos são passíveis de impedimento e suspeição pelos mesmos motivos por que o são os juízes.

É importante ressaltar que, sob pena de preclusão, a suspeição do perito deve ser arguida na primeira oportunidade em que a parte falar nos autos após ter ciência da nomeação.

IMPEDIMENTO E SUSPEIÇÃO:

- **Impedimento** - nulidade absoluta - não sobrevive ao trânsito em julgado da sentença, que pode ser rescindida - art. 134
- **Suspeição** - nulidade relativa - caso não haja alegação, os atos processuais e a sentença serão válidos - art. 135

Art. 134 - É defeso ao juiz exercer as suas funções no processo contencioso ou voluntário:

I - em que for parte;

II - prestou depoimentos como testemunha;

III -

IV - quando nele estiver postulando, como advogado da parte, o seu cônjuge ou qualquer parente seu, consaguíneo ou afim, em linha reta, ou na linha colateral, até o segundo grau;

V - quando cônjuge, parente consaguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou, na colateral, até o terceiro grau;

VI -

Parágrafo único

Art. 135 - Reputa-se fundada a suspeição de parcialidade do juiz quando:

I - amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer das partes;

II - alguma das partes for credora ou devedora do juiz, de seu cônjuge ou de parentes destes, em linha reta ou na colateral até o terceiro grau;

III - herdeiro presuntivo, donatário ou empregador de alguma das partes;

IV - receber dádivas antes ou depois de iniciado o processo; aconselhar alguma das partes acerca do objeto da causa, ou subministrar meios para atender às despesas do litígio;

V - interessado no julgamento da causa em favor de uma das partes.

Parágrafo único - Poderá ainda o juiz declarar-se suspeito por motivo íntimo.

O juiz, ao nomear um perito, deve estar preocupado com o seu conhecimento técnico e, principalmente, com sua conduta ética e moral.

É preciso julgar com justiça não e simplesmente julgar com base no laudo do perito, mas julgar com base em um laudo íntegro, firmado por um profissional competente de moral ilibada.

Ao menor sinal de parcialidade o juiz deve ordenar a realização de nova perícia.

16 - O PERITO, O ASSISTENTE TÉCNICO E A JUSTIÇA

O assistente poderá acompanhar o perito em seu laudo ou apresentar isoladamente o seu próprio laudo, eis que a perícia deve ser produzida sob o crivo do contraditório, sendo que, havendo pontos conflituosos entre o laudo oficial e o laudo elaborado pelo perito de confiança da parte, ambos devem passar a integrar o feito, de forma a influir na formação da convicção do juiz.

Não há nulidade ou não demonstra qualquer discriminação a sentença que adota a média dos laudos do Sr. Perito Oficial e do Sr. Assistente Técnico indicado pela autora, os quais contém elementos técnicos convincentes, desconsiderando o laudo do Sr. Assistente Técnico do réu, que embora elaborado por perito idôneo e competente, não traz ao caso concreto elementos de convicção que permitam concluir que outro deva ser o valor locativo” (TJMG, Rel. Des. Vanessa Verdolim, Apel. Cív. 310.363-1, de 22/8/2000).

O Perito não deve se influenciar pelas “verdades” das partes, levando a se posicionar sem a imparcialidade que dele é esperada.

Se os quesitos conduzem a mais de uma hipótese de solução da controvérsia e se a definição por uma ou outra hipótese depende de matéria de direito, deve o perito apresentar em seu laudo as diferentes alternativas, com a ressalva dos respectivos aspectos influenciáveis.

Por mais que salte à vista do perito qual seria a hipótese legalmente adequada, deve ele apenas apresentar todas as possibilidades em seu laudo, deixando para o juiz analisar a matéria legal, a interpretação da lei.

Deve o Perito:

- Evitar envolver-se, emocionalmente, com uma das partes;

- Evitar produzir preciosismo técnico a fim de clarificar a matéria de fato da especialidade do perito;
- Colocar-se de forma neutra e imparcial;
- Ater-se à matéria de fato, da sua especialidade, negando-se a responder quesitos que dela se afastem ou que avancem na interpretação da matéria legal;
- Compreender que mesmo que os quesitos tomem posições contraditórias, eles devem ser respondidos, se concernentes à matéria técnica sob exame e se não tiverem sido expressamente indeferidos pelo juiz.

“É importante lembrar que como auxiliar da justiça e gozando da confiança do juiz que o nomeou, tem o perito o dever de manifestar-se sobre estes pontos ocultos não revelados pelas partes em seus quesitos, sob pena de contribuir, por omissão, com prolação de uma decisão equivocada, por se fundar em análise técnica que não aborde todas as variáveis envolvidas”.
(Gilberto da Silva Melo - Engenharia Jurídica).

Quesitos que não atingem o cerne da questão - as partes se movimentam pelas bordas, muitas vezes, pelo receio de que indo ao ponto estariam arriscando-se a abrir a guarda, tornando seus direitos mais vulneráveis, ao invés de consolidá-los - a cautela do perito deve de ser reforçada, para evitar extrapolar os limites estabelecidos pelas partes na quesitação.

17 - PERÍCIA MÉDICA

Espécies:

- Administrativa ou Previdenciária
- Trabalhista ou Médico Ocupacional
- Judicial ou Forense
- Médico-Legal

“O médico, quando se forma está habilitado a exercer a Medicina, tendo cursado ou não residência. A especialidade médica não é um requisito e muito menos o desclassifica. Ocorre que, com tamanha concorrência e abrangência de curso, muitos profissionais da área médica preferem se especializar, como acontece em qualquer profissão, mas isto não é uma obrigação”. (AI 427312-7, de 28.02.04, TJMG)

A tendência atual do Judiciário é não mais prescindir, nas causas médicas, de profissionais preparados para a função pericial. A relação entre magistrado e o perito extrapola o campo profissional para o campo da confiança, da ética, buscando atender os princípios constitucionais do contraditório e da ampla defesa na busca de uma solução célere e justa para o litígio.

18 - A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E SUA RELAÇÃO COM A ATIVIDADE MÉDICA

Inicialmente, impõe-se a seguinte indagação: em Medicina, há consumidor, considerando que não é atividade fornecida no mercado de consumo????

A propósito, o conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1.246/88, dispõe que:

Art. 9º - A Medicina não pode ser exercida como COMÉRCIO

Necessidade de independência do médico e vedação à captação de clientes ou utilização de agenciador - natureza incompatível com a atividade de consumo;

O *consumidor escolhe* a mercadoria ou o serviço, paga por ele e se beneficia com ele; em muitos casos, o *paciente não escolhe*; é levado ao serviço médico através do seu preposto, o médico que lhe assiste; talvez merecesse muito mais atenção do que qualquer consumidor;

Talvez o CDC não tenha considerado que na relação médico-paciente deve haver preservação das garantias fundamentais das pessoas humanas e predomínio de valores éticos;

Ademais, há lei específica disciplinando a relação médico-paciente - Código de Ética Médica;

Todavia, sob a ótica jurídica, a relação médico-paciente apresenta-se como uma relação de consumo, o que leva a tais questionamentos, por ora, não solucionados adequadamente.

A respeito da relação de consumo, vale dizer que o consumidor configura a parte mais fraca da relação, tendo o Código de Defesa do Consumidor adotado medidas protetivas para o consumidor vulnerável.

Entre as **medidas protetivas** do CDC encontra-se a **inversão do ônus da prova** - art. 6º, inciso VIII;

Requisitos da inversão do *onus probandi*: **verossimilhança** da alegação do consumidor ou **hipossuficiência**;

- **Verossimilhança** - aparência de verdadeiro - o juízo de verossimilhança é formado a partir de um indício mínimo de prova - associação entre os dois fatos - um comprovado e outro apenas alegado - a prova do primeiro permite a ilação do segundo;
- **Hipossuficiência** - econômica, técnica social, cultural - que dificulte ao consumidor a comprovação de suas alegações, estando o fornecedor em melhores condições de produzir a prova;

Ações de responsabilidade médica - dificuldades dos pacientes para demonstrarem o desvio de conduta do facultativo - situações extremamente técnicas - autorizariam a decretação da inversão do ônus da prova;

Suscita a doutrina: se há inversão do ônus da prova, com o deslocamento deste encargo para os ombros do médico, tal obrigação estaria se transmudando de obrigação de meio para obrigação de resultado - com presunção de culpa do profissional, o que não seria admissível;

De se ver, por exemplo, que, no caso da **cirurgia plástica estética**, **vários fatores aleatórios** podem levar a um **resultado diverso do pretendido**, como cicatrizes hipertróficas, assimetrias, necrose de tecidos, dentre outras complicações já abordadas, sem que o cirurgião se desviasse da melhor técnica. Então, **isso seria suficiente para modificar o encargo probatório?** Imaginamos que **não**, eis que diante de um resultado gerador de uma cicatriz queiloideana, por exemplo, **uma simples perícia requerida pelo**

autor/paciente ou determinada pelo juiz se mostraria hábil a demonstrar se a conduta do cirurgião aconteceu dentro da normalidade, não se justificando esse excesso de protecionismo ao paciente, o que seria configurado, caso fosse decretada a inversão do ônus da prova, e acarretando, indevidamente, a presunção de culpa do cirurgião;

E dizemos mais, no exemplo indicado, tendo em vista que esse tipo de complicação (quelóide) é previsível quanto a sua existência e, permitimo-nos afirmar, até comum de acontecer, caso houvesse o paciente recebido todas essas informações, seria até mesmo dispensável a prova pericial, que somente se justificaria em situações mais complexas;

Independentemente da decretação da inversão, pode o juiz requisitar prontuários médicos (dever de colaboração das partes para a descoberta da verdade/sigilo médico);

Entendemos que a decretação da inversão do ônus da prova deve ser vista com reservas. Se, por um lado, a relação médico-paciente gera obrigação de meios - laborar com prudência e diligência, tomando todas as cautelas recomendáveis - o que imporia a responsabilização do facultativo mediante verificação de culpa, não podendo esta ser presumida, via de regra; por outro lado, a inversão do ônus da prova, além de deslocar o encargo de produção probatória, que passa a ser atribuído ao médico-requerido, implica uma presunção de culpa, que deverá ser elidida pelo profissional;

Decretação da inversão do ônus da prova - apenas em caráter excepcional - mera alegação genérica na petição inicial, insuficiente de elementos e fundamentos baseada apenas em fotografias, por ex. - não autorizaria a inversão do *onus probandi*;

Embora a decretação da inversão do ônus probatório nem sempre seja possível, talvez seja interessante que as partes participem, tanto quanto possível, da atividade probatória - e desapeguem-se dessa visão mais rigorosa da repartição do ônus da prova. Deverão trazer aos autos todos os

subsídios (literatura médica, histórico clínico, laudos científicos, relatos de testemunhas etc.) que possam proporcionar ao julgador a correta reconstituição dos fatos, como realmente estes se passaram, a manifestar-se sobre o resultado obtido (sem quebrar o sigilo médico);

Enfim, cumpre salientar que não se pretende estabelecer um regime protetivo inatingível para a classe médica. O intento é apenas que o ordenamento jurídico vigente seja respeitado, no sentido de o processo representar o veículo de efetividade da ordem jurídica material. Neste contexto, aqueles profissionais que fogem da boa técnica, arvorando-se em procedimentos desaconselháveis, de forma inadvertida e imprevidente, causando prejuízo à integridade psico-física de seus pacientes, e às vezes de forma até muito grave, (mas que constituem exceções), não podem ser acobertados pelo Direito, merecendo, sim, lhes seja imputada a devida responsabilização, bem como a qualquer outro profissional que labute em outra área e que fuja das regras de sua profissão, aplicando-se-lhes os mecanismos de facilitação de defesa, caso cabíveis.

19 - PRONTUÁRIO MÉDICO

O prontuário médico pertence ao estabelecimento de saúde, mas deve ficar à disposição do paciente, para fornecimento de cópia ou atestado, quando solicitado, assim como preservados do conhecimento de estranhos, como regra de sigilo (arts. 69, 70 e 108 do CEM);

Resolução 1.331/89 do CFM - a guarda do prontuário é por tempo indeterminado;

Entretanto, após 10 anos, com prévia autorização da Comissão de Revisão de Prontuário Médico, esse documento poderá ser substituído por outros processos de registro, desde que permitam o fornecimento dos dados aos interessados, a qualquer tempo;

Resolução 1.472/97 CFM - compõem o prontuário as lâminas de exames citopatológico ou anátomo-patológico, as quais devem ser arquivadas pelo mínimo de 5 anos, ou antes disso, entregues ao paciente, mediante recibo;

Prontuário eletrônico - gravação de dados e de imagem - Resolução 1.639/02 CFM;

É o documento que, fiel aos fatos relatados, tanto faz prova a favor do médico e do hospital, como faz prova contra.

20 - RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE - HOSPITAL - PLANO DE SAÚDE E OS REFLEXOS PERANTE O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

O problema da **concorrência de culpa** ocorre com frequência nas equipes médicas e nos serviços de hospital, durante intervenções cirúrgicas e internamentos, valendo ressaltar que são distintas as responsabilidades do hospital e do médico - cada qual deve responder pela ação praticada ou pela omissão ocorrida.

A noção de equipe ajusta-se ao grupo médico constituído para uma determinada intervenção no campo médico, quer cirúrgica, quer não. Surgem as pessoas do cirurgião, do auxiliar e da instrumentadora, além do anestesiológico. Essa composição pode ser maior, quer pela participação de outro cirurgião ou de vários auxiliares, quer pela intervenção de profissionais de enfermagem, de uma forma geral. Toda essa equipe médica é chefiada pelo responsável básico pela conduta interventiva, no que se pode denominar chefe do serviço.

Nos **hospitais particulares**, esse chefe será o médico preferido pelo paciente. Mas, pode ser, também, um cirurgião escolhido pelo clínico que atende o doente. Ainda, o uso das dependências do hospital se realiza mediante autorização e credenciamentos ou, pelo menos, ante a aprovação necessária do diretor clínico, que deverá ser cientificado da natureza da operação a ser feita, para a devida permissão.

No caso dos **hospitais públicos** ou dos **hospitais universitários**, o chefe do serviço é designado pelo diretor do hospital. Este posicionamento vale para cirurgias programadas. Já no tocante às de urgência, não há tempo para um planejamento ou distribuição de tarefas, a não ser que pela própria organização imprimida pelo diretor do serviço, seja possível convocar rapidamente a equipe com seus membros titulares.

Tais considerações conduzem a diferentes vertentes de responsabilização, para o caso do mau resultado, que implique dano ao paciente. Deve ser priorizada, nessa colocação, a situação do paciente que se sujeita, consentidamente, a determinada conduta médica dos componentes da equipe. Em relação a ele, sem possibilidades de distinção, todos são igualmente responsáveis pelo erro médico que vier a acontecer. Todavia, esta se mostra uma visão leiga e que comporta o crivo de nuances técnico-jurídicas para a devida aferição da responsabilidade.

O Código Civil, no art. 932, inciso III estatui que *“são responsáveis pela reparação civil o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele”*. Na atualidade, para que se reconheça o vínculo de preposição, não é preciso que exista um contrato típico de trabalho; é suficiente a relação de dependência ou que alguém preste serviços sob o comando de outrem. A culpa, aí, apresenta-se sob outra dicotomia, qual seja a da *culpa in vigilando* ou *culpa in eligendo*.

Mais precisamente, o chefe da equipe, ao montá-la, escolhe os participantes desde seus auxiliares até o anestesista. Essa eleição vincula aquele que a faz ao comportamento dos escolhidos ou eleitos. A atuação culposa destes últimos repercute na do chefe, que, dessa forma, também é responsável pela conduta ilícita. Já no tocante à culpa *in vigilando*, o chefe da equipe tem a obrigação de fiscalizar o comportamento do profissional e o nível de eficiência daqueles que estão sob suas ordens e orientação. Em consequência, a quebra do dever técnico, por negligência, imprudência ou imperícia, conduz também a sua responsabilização. De tudo, resulta que a obrigação primária para o sucesso da intervenção e a preservação da integridade física do paciente é do chefe da equipe cirúrgica. Caso ocorra falha de um dos integrantes do corpo de médicos ou de um dos auxiliares, a ele cabe a responsabilidade, juntamente com aquele que a praticou, se possível a individuação.

O fato de, por questão de **urgência**, estar sendo realizada mais de uma cirurgia, ao mesmo tempo e no mesmo local, não afasta a responsabilidade.

Evidente que a questão emergencial tem peso sensível para se detectar culpa, em face de situação precária de julgamento e de fixação de critérios, tendo em vista as prioridades que se apresentam. Nestes casos, de várias cirurgias concomitantes, cabe ao chefe da equipe decidir como atuar, estabelecendo as condutas que devem ser privilegiadas, considerando o estudo particular de cada paciente quanto ao grau de risco.

Entende o último doutrinador citado que, na dúvida quanto a quem cabe a responsabilidade do erro médico comprovado, deverá ser atribuída a todos os membros da equipe, inclusive ao anesthesiologista. Havendo o dano, causado por erro do conjunto, só podem ser excluídos aqueles cuja conduta ficar comprovada não ter nenhum relacionamento com a prática que resultou no lesionamento ilícito.

É necessário um aprofundamento maior, no entanto, para aferição das responsabilidades e investigar se o dano não está na linha causal do procedimento, ação ou omissão do chefe de equipe (na hipótese em que este último, embora tenha essa posição, não seja quem escolheu ou contratou os demais), decorrendo de um ato independente e autônomo de qualquer dos membros. Nesse caso particular, só se poderá imputar culpa a quem deu causa.

Nas linhas gerais do nosso ordenamento civil e do consumidor, além do integrante da equipe médica cujo ato deu causa ao dano, respondem, em princípio, também o chefe da equipe e o hospital. Isto faz com que os cuidados sejam redobrados na atuação de todo o conjunto, com preocupação direcionada ao cuidado elementar de preservar a integridade e a vida do paciente. Além do registro documental de todos os procedimentos, impõe-se que sejam divididos de modo preciso, para que se permita a identificação dos faltosos. Se a equipe, eventualmente, for formada por profissionais, todos, autônomos e sem qualquer vínculo de subordinação, as responsabilidades podem ser individualizadas, sem repercutir para os outros ou para o chefe da equipe.

Quanto ao **médico residente**, há que se considerar por primeiro a relação entre ele, médico recém-formado, e o hospital (em geral, hospital escola) que o contrata ou o admite, de acordo com as normas internas da instituição, prevendo regras e limites daquele. Portanto, primariamente, a responsabilidade pelos atos culposos praticados pelos residentes, é do hospital contratante. A condição de residente não isenta o médico de responsabilidade, quer civil, quer criminal, e não lhe aproveita o argumento de que cumpriu ordem hierárquica. Com ele, também responderá o médico-chefe e o professor, por ser orientador da equipe.

A participação do **médico anestesista** no ato cirúrgico oferece alguma dificuldade, no tocante à definição de responsabilidade civil pelo resultado danoso sofrido pelo paciente. Mesmo sendo a falha cometida pelo encarregado da anestesia, antiga jurisprudência imputava ao cirurgião o dever de indenizar, na qualidade de chefe da equipe médica.

A evolução da técnica relativa à matéria levou o anestesista a transformar-se em um médico especialista, que hoje desempenha sua **função com completa autonomia**. Mas, nem por isso se pode, como alguns doutrinadores pretendem, afirmar que o anestesista contrai obrigação de resultado⁶⁸.

O que se admite hoje, pacificamente, é que o insucesso e os acidentes da anestesia se submetem ao regime comum da responsabilidade médica. Vale dizer: a indenização *in casu* depende de prova, a cargo da vítima, da culpa do anestesista pelo evento danoso, segundo o princípio próprio das obrigações de meio.

O anestesista não tem responsabilidade maior nem menor do que o médico em geral. Responde portanto, por erro culposo ou doloso, mas o resultado adverso não se presume provocado por culpa, razão pela qual incumbé à vítima

⁶⁸ Panasco, Wanderby Lacerda. A responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos. 2^a ed. RJ: Forense, 1984, p. 49.

demonstrar concretamente a imperícia, imprudência ou negligência do anestesista.

A propósito, está assentado na doutrina que a) a responsabilidade do anestesista é individual nos períodos pré e pós operatórios; b) durante a intervenção cirúrgica, a concorrência de culpa pode acontecer, entre o cirurgião e o anestesista, mas dependerá das circunstâncias do caso concreto; c) em princípio, cada um responde por seus próprios atos, de sorte que não se pode imputar falha do anestesista à responsabilidade do cirurgião, posto que o “anestesista é autônomo e seu campo de atuação é distinto”⁶⁹.

Cabe assinalar, noutro turno, que na consecução do contrato hospitalar, a instituição atua em justaposição com o médico, responsável pelo tratamento, ainda que inócua relação de subordinação, mas mera prestação de serviços autônomos. Esse médico deve estar autorizado ou, mais precisamente, credenciado para exercer sua atividade interna. Evidente que esse credenciamento é alvo de uma admissão e de fiscalização permanente por parte do hospital. Seria de extrema irresponsabilidade se o nosocômio não tivesse qualquer controle sobre os médicos que nele atuam, permitindo que qualquer um usasse de seus serviços e de seus funcionários, sem conhecimento e autorização precedentes.

Essa diretriz, entretanto, não é pacífica havendo julgados em sentido contrário, sufragando o entendimento de que “evidenciada a culpa autônoma do médico, pelos danos causados, em decorrência de erro profissional, não há como invocar a responsabilidade solidária do hospital, do qual nem é empregado, serviçal ou preposto, mas sócio cotista”.

Lado outro, não podemos deixar de analisar a grande influência do Código de Defesa do Consumidor sobre a responsabilidade dos médicos, hospitais, clínicas, empresas do ramo da saúde e afins, tendo em vista que a pessoa que figura como **paciente de médico é consumidor**, na forma dos arts. 2º e 3º, §

⁶⁹ KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*, 2ª ed., SP:RT, 1996, p. 131

2º do CDC (Lei 8.078/90) ⁷⁰. Já os hospitais, clínicas, ou qualquer entidade prestadora de serviços médicos e hospitalares, configuram fornecedores de serviços, a teor do art. 3º do mesmo Estatuto Consumerista.

No que se refere à proteção daqueles que se relacionam com hospitais clínicas médicas e afins, incide a teoria da **responsabilidade objetiva**, que vem estampada no art. 14 do CDC: “ O fornecedor de serviços responde, **independentemente da existência de culpa**, pela reparação do danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”.

Nesse contexto, incluem-se as sociedades de médicos que exploram a medicina de maneira empresarial, pois, se os médicos perdem a personalidade (característica da atividade liberal) da prestação de serviços, são tratados como fornecedores, subordinando-se à responsabilidade objetiva⁷¹. No caso, poderá até ocorrer responsabilidade solidária do médico e da sociedade, vigorando, para o primeiro, a responsabilidade subjetiva (apurada mediante verificação da culpa) e para a outra, a objetiva⁷² (apurada independentemente de culpa).

A título de mais um exemplo, citamos a morte de paciente por infecção hospitalar. Neste caso, a responsabilidade do hospital seria objetiva:

“A septicemia é um mal hospitalar, porque o ambiente proporciona o contágio infeccioso. A prevenção contra esse risco corre por conta das empresas, não só por intermédio de técnicas de controle ambiental local, como de severa vigilância (isolamento) de possíveis focos. Não sendo adepto desses mecanismos o hospital responde pelos danos decorrentes da infecção que atinge o paciente”, conforme declarou o STJ (REsp 116.372/MG, Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira, DJU 02.02.1998,

⁷⁰ BENJAMIM, Antônio Herman V. O conceito jurídico de consumidor, RT 628/78.

⁷¹ Coelho, Fábio Ulhoa. *Curso de direito comercial*, SP: Saraiva, 2002, v. I, p. 285.

Seleções Jurídicas ADV, org. de Sérgio Couto, COAD, p. 48, set./out. 2000): “ Tratando-se da denominada infecção hospitalar, há responsabilidade contratual do hospital relativamente à incolumidade do paciente, no que respeita aos meios para seu adequado tratamento e recuperação, não havendo lugar para alegação de ocorrência de caso fortuito, uma vez ser de curial conhecimento que tais moléstias se acham estreitamente ligadas à atividade da instituição, residindo somente no emprego de recurso ou rotinas próprias dessa atividade à possibilidade de prevenção”.

Tirante a imprecisão técnica, no que concerne a este assunto, vale consignar que as **taxas de infecção hospitalar** apresentadas na literatura, segundo Irany Moraes⁷³, variam de 1,8 a 43,1% em hospitais americanos, ingleses e canadenses. Entre nós, no Rio de Janeiro, os valores estão entre 1,4 e 10,3 com média 9,9%.

Na impossibilidade de se erradicar o micróbio do organismo do próprio paciente, dos outros doentes, do médico, do pessoal hospitalar, devem-se minimizar as condições para o aparecimento das infecções.

As **Comissões de Controle de Infecção Hospitalar** obedecem à portaria do Ministério da Saúde, que criou o Programa de Controle de Infecções Hospitalares sob a coordenação da direção nacional do SUS e sob a fiscalização dos organismos de gestão estadual e municipal do sistema. A Circular Fenaess/Sindicatos 62/92 trata do assunto.

Assim, parece de significativa importância para a segurança do hospital, em face da possibilidade de ações judiciais visando vultuosas indenizações, a efetiva existência e funcionamento adequado, dos organismos criados pela Portaria 930/92, pois é o mesmo art. 14 do chamado Código de Defesa do

⁷² HENTZ, Luiz Antônio Soares. *Direito de empresa no Código Civil de 2002*, SP: Juaarez de Oliveira, 2002, p. 165

⁷³ MORAES, Irany Novah, 2003, p.322.

Consumidor, que, nos itens do seu § 1º, dá-nos a medida de defesa quando estabelece como condição excludente da caracterização de serviço defeituoso, condições relevantes a respeito do resultado e dos riscos que razoavelmente dele (serviço) se esperam.

Com efeito, as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, através de dados confiáveis, demonstrariam que o risco de se adquirir infecção hospitalar é um risco razoavelmente esperado em quaisquer procedimentos que envolvem cirurgias, sondas vesicais, cateteres venosos e cânulas, além de outros enumerados pelos tratados a respeito do assunto e, que, tendo o hospital tomado as providências exigidas por lei, para o *controle* da infecção hospitalar (já que não existe a possibilidade de eliminá-la), não haverá dano indenizável. Funcionará, assim, a CCIH como um *seguro* contra as aventuras jurídicas, hoje tão comuns nesse campo do Direito das Obrigações. Devem rastrear os focos infecciosos e zelar pelo meio ambiente, evitar a contaminação do ar, proteger os doentes, estimular e exigir rigorosa técnica de enfermagem, além de cuidadosa técnica cirúrgica.

E, se o dano decorrer de ato exclusivo do hospital, por meio de qualquer de seus empregados, prepostos ou terceiros, somente do hospital deverá ser exigida a reparação;

Infelizmente, ao invés da necessária e serena apreciação do natural risco de morte ou de agravamento da doença por fatores naturais imprevisíveis ou previsíveis, mas inafastáveis, o que tem se visto, em inúmeros julgados, é a adoção indiscriminada da teoria da responsabilidade sem culpa (objetiva), equivocadamente, a nosso ver, condenando-se o os hospitais pelo simples insucesso da terapia ou natural evolução da doença ou, ainda, pelo inexplicável aparecimento desta - interpretação gramatical do *caput* do art. 14 do CDC, impossibilitando a apreciação das excludentes de caso fortuito, de força maior ou de culpa concorrente - já que nenhuma dessas hipóteses se encontra elencada nesse dispositivo legal.

Assim, em caso de dano ao paciente, por decorrência do internamento, pela omissão ou incorreta ação da direção do hospital (a exemplo de infecção hospitalar por falta de assepsia, falta de oxigênio em paciente entubado, uso de medicamentos vencidos, de ingestão de alimentos perecidos ou contaminados, de transfusão de sangue coletado de pessoa portadora de doença contagiosa sem exame de qualidade, de exame laboratorial incorreto por erro grosseiro, etc) o estabelecimento de saúde poderá ser responsabilizado isolado ou solidariamente com o médico ou médicos (se em equipe), se não provar a ausência de culpa. Todavia, se o resultado danoso decorre, exclusivamente, da conduta do médico, já há entendimentos judiciais mais coerentes. Confira-se:

“ 1- A responsabilidade dos hospitais, no que tange à atuação técnico-profissional dos médicos que neles atuam ou a eles sejam ligados por convênio, é subjetiva, ou seja, dependente da comprovação de culpa dos prepostos, presumindo-se a dos preponentes. Nesse sentido são as normas do arts. 159, 1521 e 1545 do Código Civil de 1916 e, atualmente, as dos arts. 186 e 951 do novo Código Civil, bem como da súmula 341 do STF (É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto). 2 - Em razão disso, não se pode dar guarida à tese do acórdão de, arrimado nas provas colhidas, excluir, de modo expresso, a culpa dos médicos e, ao mesmo tempo, admitir a responsabilidade objetiva do hospital para condená-lo a pagar indenização por morte de paciente. 3 - O art. 14 do CDC, conforme melhor doutrina, não conflita com essa conclusão, dado que a responsabilidade objetiva, nele prevista para o prestador de serviços, no presente caso, o hospital, circunscreve-se apenas aos serviços única e exclusivamente relacionados com o estabelecimento empresarial propriamente dito, ou seja, aqueles que digam respeito à estadia do paciente (internação, instalações, equipamentos, serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia), etc e não aos serviços

técnico-profissionais dos médicos que ali atuam, permanecendo estes na relação subjetiva de proposição (culpa). 4 - Recurso especial conhecido e provido para julgar improcedente o pedido". (4a T. do STJ, Rel Min. Fernando Gonçalves, Resp n 258.389- SP - 20000/0044523-1 - DJ: 2208/2005).

Na hipótese de o médico culpado ser profissional cooperativado pela UNIMED ou outra empresa do ramo de saúde, as empresas são solidariamente responsáveis, porque o admitiram em seus quadros, sujeitando o consumidor aos serviços que foram prestados de forma prejudicial. O STJ decidiu (REsp 138.059/MG, Min. Ari Pargendler, DJU 11.06.2001, *in* JSTJ e TRF-LEX 146/104): *"Responsabilidade. Prestação de serviços médicos. Quem se compromete a prestar assistência médica por meio de profissionais que indica é responsável pelos serviços que estes prestam"*. Outro julgado com relação à UNIMED, é o do REsp 309.760/RJ, Min. Aldir Passarinho Junior, DJU 18.03.2002, e também atingindo prestadora de serviços de planos de saúde (no caso - Saúde Unicor Assistência Médica), o REsp 164.084/SP, DJU 17.04.2000, Min. Aldir Passarinho Junior, *in* RSTJ 138/361.

São julgados que indicam, de forma clara, uma tendência de valorização da situação do consumidor. A **denúncia da lide** (incluir no processo o médico, quando a ação foi ajuizada apenas contra o hospital e/ou plano de saúde), providência prevista no art. 70, III do CPC, foi criada para economizar processos, porque no mesmo instrumento permite que se decida a relação iniciada pelo autor (paciente) em face do réu (empresa de saúde) e a outra relação, deste para com o sujeito (médico) que lhe é vinculado por lei ou por contrato e que lhe deve restituição (direito regressivo). Contudo, e apesar dessa inegável vantagem, tem se revelado, na prática, expediente que se utiliza fora do seu propósito, com introdução de fatos novos na lide originária, o que tem motivado sua rejeição, por parte da jurisprudência. Passou a ser praxe, em ações de ressarcimento de danos devido a erro médico, troca de acusações entre médicos e hospitais, cada qual pretendendo, para se exonerar da responsabilidade civil, imputar a outrem a titularidade passiva da obrigação de indenizar ou a culpa.

21 - BIBLIOGRAFIA

AGUIAR JR., Ruy Rosado de. A responsabilidade civil por erro médico. *In*: TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.). *Direito e medicina: aspectos jurídicos da medicina*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

_____. Ruy Rosado. Responsabilidade civil do médico, *Revista dos Tribunais*, nº 718, agosto 1995, p. 33/53.

ALMEIDA JÚNIOR, A. *Lições de medicina legal*, 5ª ed., SP: Cia. Ed. Nacional, 1961, p. 206. REALE, Miguel . Código de ética médica. *Revista dos Tribunais*, v.66, n. 503, p. 47-53, set. 1977.

ANDRADE. André Gustavo C. de. A inversão do ônus da prova no código de Defesa do Consumidor; o momento em que se opera a inversão e outras questões. *Revista de Direito do Consumidor*, v.48, p.93, out./dez. 2003.

ANDRADE, Marcus Vinícius Santos. *A responsabilidade civil do médico - O médico perante o Código de Defesa do Consumidor*. *In* : ALVIM, Arruda *et al*. Aspectos controvertidos do novo código civil, São Paulo: RT, 2003.

AVELAR, Juarez Moraes. *Cirurgia plástica; obrigação de meio e não-obrigação de fim ou de resultado*, São Paulo: Hipócrates, 2000.

_____. Juarez M. *Ensino da cirurgia plástica nas Faculdades de Medicina*. São Paulo: Hipócrates, 1994.

AZEVEDO, Antônio Junqueira. Princípios do novo direito contratual e desregulamentação do mercado, *Revista dos Tribunais*, abr. 1998, v. 87, n. 750, p.113-120,(Parecer).

BENJAMIM, Antônio Herman V. O conceito jurídico de consumidor, RT 628/78.

BERTI, Silma Mendes. *Responsabilidade civil pela conduta da mulher durante a gravidez*, (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002 (Data na folha de rosto: 2001)

BOYER, Georges; MONZEIN Chamard. *La responsabilité médicale*. [s.l.]: Presses Universitaires, 1974, p. 132

BUSSADA, Wilson. *Erro médico: interpretado pelos Tribunais*, Porto Alegre: Síntese, 2000.

CAHALI, Yussef Said. *Responsabilidade civil; doutrina e jurisprudência*, São Paulo: Saraiva, 1988.

CARRARD, Jean. O dano estético e sua reparação, *Revista Forense* 83/401, RJ, 1940.

CARVALHO, José Carlos Maldonado. A inversão do ônus da prova e a inversão do encargo decorrente sob a ótica do Direito do Consumidor. *Revista de Direito do Consumidor*.v.46, p.248, abr.-jun. 2003.

CARVALHO SANTOS, J. M. de. *Código Civil brasileiro interpretado*, 6ª ed., Livraria Freitas Bastos, 1956, vol. XXI.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de Responsabilidade Civil*, 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

CHAPUS, René. *Responsabilité publique et responsabilité privée*, Paris: Librairie Générale de Droit et Jurisprudence, 1954.

CHAVES, Antônio. Responsabilidade civil do ato médico; contrato de meios. *Revista Jurídica*, jan. 1995, v. 207, p.21.

_____. *Responsabilidade civil do ato médico; ato médico, contrato de meios*. In: UMA VIDA DEDICADA AO DIREITO; homenagem a Carlos Henrique de Carvalho, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995, p.157.

CORREIA, Alexandre; SCIASCIA, Gaetano. *Manual de direito romano*. São Paulo: Saraiva, 1957. v. 1.

COSTA, Alfredo Araújo Lopes da. *Direito profissional do cirurgião-dentista*. São Paulo: Saraiva, 1928.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. *Erro médico e o direito*. São Paulo: Oliveira Mendes, 1997.

D` ASSUMPÇÃO, Evaldo Alves. *Conheça a cirurgia plástica*, São Paulo: Ícone, 1990.

DIAS, José de Aguiar. *Da responsabilidade civil*, 9 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994. v.1.

DIREITO, Carlos Alberto Menezes; CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Comentários ao novo código civil; da responsabilidade civil; das preferências e privilégios creditórios*, Rio de Janeiro: Forense, 2004.

ELY, Jorge Fonseca. *Cirurgia plástica*, 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

ESPAÑA. Ministério de Justicia. Anuario de Derecho Civil. *Apud* LOBATO GOMES, J. Miguel. Contribución al estudio de la distinción entre las obligaciones de medios y las obligaciones de resultado. *Anuario de Derecho Civil*, Madrid, v. 45, n. 2, p. 701, abr./jun., 1992.

FERREIRA, A.B. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FILOMENO, José Geraldo Brito et al. *Código Brasileiro de Defesa do Consumidor*; comentado pelos autores do anteprojeto. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

FORSTER, José Nestor. Cirurgia plástica estética; obrigação de resultado ou obrigação de meios? *Revista dos Tribunais*, abr. 1997, v. 87, n.738, p.83-89.

FRANÇA, Genival Veloso de. *Direito médico*, 8 ed. rev. atual., São Paulo: BYK, 2003.

FRANCESCHINI, Vicente de Azevedo. *Anotações sobre o conceito forense de deformidade permanente*, *Justitia*, ano XXIX, 1967, vol.56.

FREUD, S. *The ego and the Id*. London: Hogart Press, 1927.

GERSTMANN, J. Psychological and phenomenological aspects of disorders of body image. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 126, p. 499, 1958.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. *Erro médico à luz da jurisprudência comentada*. Curitiba: Juruá, 2001.

_____. *Responsabilidade médica; as obrigações de meio e de resultado: avaliação, uso e adequação*, Curitiba: Juruá, 2002.

GOMES, Hélio. *Medicina legal*. 21 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1981.

GOMES, Orlando. *Questões de direito civil*, São Paulo: Saraiva, 1988.

HENTZ, Luiz Antônio Soares. *Direito de empresa no Código Civil de 2002*, SP: Juarez de Oliveira, 2002.

HIYAMA, Darryl. T.; ZIMMER, Michael J. Complicações cirúrgicas. In: SCHARTZ, SHIRES; SPENCER. *Princípios da cirurgia*. Rio de Janeiro: Interamericana Mc Graw-Hill, [198-?]. v. 1.

ITURRASPE, Jorge Mosset. Responsabilidad civil del médico. p. 25 *apud* KFOURI NETO, Miguel, 2001, p. 40.

_____. Responsabilidad civil del médico. In: ITURRASPE, Jorge Mosset . *Seguros e responsabilidad civil*, Buenos Aires: Astrea, 1979.

JOSSERAND, Louis. Evolução da responsabilidade civil. *Revista Forense*, v. 38, n. 86, p. 548-559, abr. 1941, p. 558.

KFOURI NETO, Miguel. *Culpa médica e ônus da prova*. 4. ed. rev. aum. atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____. *Responsabilidade Civil do Médico*, 2ª ed., SP:RT, 1996.

KISCH, Wilhelm. *Elementos de derecho procesal civil*, 1940, *apud* LALOU, Henri. *Traité pratique de la responsabilité civile*, 6. Ed., Paris: Sirey, 1962, v. 1.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. Responsabilidade Civil do Advogado, *Revista de Direito do Consumidor*, n. 34, p. 113.

LOPES, João Batista. Perspectivas atuais da responsabilidade civil no direito brasileiro. *RJTJSP*, São Paulo, v.57, p.14, mar./abr. 1979.

LOPEZ, Teresa Ancona. *O dano estético*. 2 ed. rev. atual. e aum., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

_____. *O dano estético - Responsabilidade civil*, 2ª ed., rev., atual., e ampl., SP: Ed RT, 1999.

MACHADO, Alcântra. *Deformidade, Arquivo de Medicina Legal e Identificação*, RJ: Imprensa Nacional, 1935.

MACHADO, Bárbara; MARTORANO FILHO, Egídio; PITANGUY, Ivo. Treatment of Sequels of Rhytidoplasty; from the Clinica Ivo Pitanguy. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, Rio de Janeiro, 1994, v. 9, n.1.

MARQUES, José Frederico. *Instituições de direito processual civil*, SP: Millennium, 2000.

MCGREGOR, F. C. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement, *The Angle Orthodontist*, v. 40, p. 231-233, 1970.

MELO DA SILVA, Wilson. O dano estético, *Revista Forense* 194/23, 1961.

MORAES, Irary Novah. *Erro médico e a justiça*, 5ª ed., rev., atual., e ampl., SP: RT, 2003.

_____. *Erro médico e a lei*. 3 ed.. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

MOREIRA, José Carlos Barbosa. O juiz e a prova. *Revista de processo*, v.9, n.35, p.178-184, jul./set. 1984.

NORONHA, Fernando. Responsabilidade civil: uma tentativa de ressystematização. *Revista de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial*, v.17, n. 64, p.12-47, abr./jun 1993, p. 13 .

PANASCO, Wanderby Lacerda. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. Responsabilidade médica. *In: COAD. Seleções Jurídicas*, jun. 1994, p. 7

_____. *Responsabilidade civil*, 9 ed. rev. atual., Rio de Janeiro: Forense, 2002.

PITANGUY, Ivo. Mamoplastias. *Rev. Lat. Amer. Cir. Plast.*, 1963, v.7, p.75.

RODRIGUES, Sílvio. *Direito civil; responsabilidade civil*, São Paulo: Saraiva, 2002.

ROJAS, Nério. Responsabilidade médica. *Revista Argentina de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal*, v.3, 1924 *apud* CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton, 1997.

ROSENVALD, Nelson. *Direito das obrigações e responsabilidade civil*. Belo Horizonte: Preatorium, 2001.

SAVATIER, René. *Traité de la responsabilité civile em droit français*, Paris: L.G.D.J., 1947.

_____. *Traité de la responsabilité civile en droit français*, Paris: LGDJ, 1939, v. 2, n .775, p. 391, *apud* STOCO, Rui, 2004, p. 532.

_____. *De la responsabilité civile*. 2 ed., t.2, p. 778, *apud* MAGRINI, Rosana Jane. Doutrina - médico - conduta - teoria da imprevisão - caso fortuito - força maior - nexos causal: em matéria de responsabilidade, o exame da conduta do médico deve ser aferido com flexibilidade. *Revista Jurídica*, ago. de 2000, v. 274, p.92.

SANTOS, Ulderico Pires dos. *A responsabilidade civil na doutrina e na jurisprudência*, Rio de Janeiro: Forense, 1984.

Seleções Jurídicas, COAD, v. 2, p. 86-87, jun. 1994.

Seleções Jurídicas, COAD, v.1, p. 81, maio 1994.

SILVA, De Plácido e. *Vocabulário jurídico*. 3 ed. São Paulo: Forense, 1973. v. 4.

SILVA, Roberto de Abreu e. Hermenêutica constitucional da responsabilidade civil. Cf. *Revista dos Tribunais*, v. 767, p.111-125; *Revista do Superior Tribunal de Justiça*, v. 119, p.290 e BUSSADA, Wilson, 2000, p. 59-75.

STOCO, Rui. *Tratado de responsabilidade civil*, 6 ed. rev. aum., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

TAVARES, José. *Os princípios fundamentais do direito civil*, Coimbra: Tipografia Coimbra, 1929.

TEPEDINO, Gustavo. *A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea*. In: ALVIM, Arruda *et al.* Aspectos controvertidos do novo código civil, SP: RT, 2003.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. A responsabilidade civil por erro médico. In: TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.). *Direito e medicina: aspectos jurídicos da medicina*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

_____. *Dano moral*. 4 ed. São Paulo: Juarez Oliveira.

ULHOA, Fábio. *Curso de direito comercial*, SP: Saraiva, 2002, v. I.

VENOSA, Silvio de Salvo. *Direito civil, responsabilidade civil*, 3 ed., São Paulo: Atlas, 2003. v. 4.

ZULIANI, Ênio Santarelli. Responsabilidade civil fundada em erro médico: inversão do ônus da prova, *Revista Síntese de Direito Civil e Direito Processual Civil*, 26^a ed., v. 7, nov./dez. 2003, p. 143 *et seq.*

22 - ANEXOS

CASO (1)

(1)

Data: 31/05/06 08:15
Assunto: Laudo [redacted].doc
Cópia: marcaccini@cmpa.com.br

Varginha, 15 de Maio de 2006

- LAUDO PERICIAL
- ACÓRDÃO (TJMG)

Exmo Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Silvianópolis/MG

Memoriai
03-07-07

Complicações de medula pós-cirurgia de víscera per-
(ANESTESIA, CIRURGIA GERAL)

Dr. Régis Silva Lopes

Processo: [redacted]

Autor: [redacted] X

Réu: Hospital e Maternidade Maria Eulália e Dr. [redacted] Y

Armando Fortunato Filho, nomeado e compromissado nos Autos do Processo em epígrafe, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência apresentar o laudo pericial com as razões que segue. A perícia foi realizada no dia 21/03/2006 às 10:00 hs em meu consultório com a presença do Assistente Técnico dos Réus, médico anestesiológico, Dr. Francisco Raimundo de Souza. CRM/MG 18838.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: [redacted] X

Idade: 68 anos.

Naturalidade: Careagu/MG

Estado Civil: Casado

Profissão: Pedreiro - Aposentado

1- HISTÓRICO:

- O periciado foi entrevistado e examinado na data agendada conjuntamente com o assistente-técnico dos réus, bem como analisado os documentos acostados nos Autos e sugerido que encaminhasse-me um relatório (depoimento) dos fatos. Este relatório foi apresentado ao Dr. [redacted] para que também se pronunciasse, por escrito, sobre a ação ordinária em andamento.

- Não foi localizado o prontuário hospitalar relacionado ao paciente em questão conforme solicitado e informado pela filha do periciado.

- Não há registro de quaisquer denúncias, sindicâncias e/ou processos éticos profissionais envolvendo o médico Dr. [redacted] no CRM/MG.

- Não foi realizada nenhuma sindicância administrativa por parte da comissão de ética do Hospital e Maternidade Maria Eulália..

- Há histórico de ruptura tendinosa anterior à lesão da musculatura tibial anterior esquerda (página 28 dos Autos).

2 - DEPOIMENTO DO REQUERENTE ASSIM TRANSCRITO:

" O Senhor [redacted] deu entrada no Hospital Maternidade Maria Eulália na noite do dia 7 de março de 2001 às 11:30 Horas.

Ele estava muito mal com horríveis dores, atendidos pelas enfermeiras que entraram em contato com o médico Doutor José Rodrigues disse que o Senhor Joaquim se encontrava no Hospital em dores, ele o médico pediu que o enternasse, foi medicado antes de ser examinado com morfina não comparecendo ao local.

No dia seguinte nós filhos e esposa queríamos tirá-lo do Hospital e remove-lo para o Hospital da cidade de Pouso Alegre, o médico José Rodrigues não liberando disse que não era nada grave; era apenas uma dor psicológica (banalizou o caso).

Estava de enfermaria às 15:00 horas o médico foi vê-lo apertando sua barriga disse que sua barriga estava mole; provavelmente era um apêndice, a noite iria removê-lo para o pós-operatório para operá-lo no dia seguinte às 7 :00 horas do dia seguinte.

Seus filhos [redacted] e [redacted] o encontraram com terríveis dores suando

L M

muito, não havendo médico no local por volta das 23:00 horas, pediram para que o mudassem para o quarto o qual poderiam acompanhá-lo, tendo com resposta da enfermeira Celina que não havia necessidade, porque se o transferissem para o quarto iriam pagar as despesas e a cirurgia ocorreria no dia seguinte. No dia seguinte sua filha [REDACTED] L chegando ao Hospital foi informada pela enfermeira chefe Viviane Nery que o paciente teria se sentido muito mal durante a noite e que no momento estava dormindo.

Por volta das 10:00 horas foram realizados os exames constando úlceras perfuradas e iriam operá-lo e estavam esperando somente o anestesista. O médico cirurgião José Rodrigues não informando para a família os riscos cirúrgicos, Que não assinarão nenhum termo de responsabilidade.

Após a cirurgia usando a anestesia Peri Dural e Geral ficando com paraplesia logo após a cirurgia, não mexendo" seus membros inferiores, e sentia uma dor queimada em seus membros inferiores.

Permaneceu ali hospitalizado por 24 dias. Após passado por um neuro , Dr. Wander José Fortunato, indicado pelo cirurgião(Dr. José Rodrigues), o neuro disse que o estado era congênito se nunca tivera nada antes somente baseado no exame clínico, sem nenhum outro exame complementar. Descordando de sua avaliação, por que? Um homem, trabalhador, gozando de saúde e sem nunca Ter utilizado de uso de medicamentos para quaisquer fins.

Feita após 4 dias a ressonância magnética não constou nenhum problema ,pois a ressonância só mostra lesão prévia ou adquirida (por ex.: caso de coagulo , tumor e presença de cisto). Após feito a eletromiografia constou lesão das vértebras L2 e L4, e também a S2 e S1 comprovando a lesão após feita a anestesia, pois antes não apresentava nenhuma lesão nas partes.

Período de hospitalizado , estando internado pelo SUS foi pego alguns medicamentos em farmácia particular (madre Tereza de Calcutá) como: dexacrônobe, sinaxial entre outros no valor de 1300,00 .Tendo também contratado uma enfermeira particular por vários meses. Após passado o período hospitalar, o sr [REDACTED] foi liberado sem nenhuma orientação por uso de uma sonda muito grossa causando infecção pelo uso desta sonda .

Indo para sua casa foi providenciado fisioterapia 3 vezes por semana foi também alugada uma mesa ortostática o qual precisava amarrá-lo por cinco meses, uso também cadeira de rodas. Com a ajuda da prefeitura junto com o deputado Dalmo conseguimos encaminhá-lo para Sarah na cidade de Belo Horizonte, onde permaneceu por 40 dias. Onde houve evolução da cadeira de rodas para auxílio de muletas.

{ Hoje se encontra com limitação de movimentos (dificuldade de subir escadas, subir ladeiras, agachar para pegar objetos) com o estado psicológico abalado (uso de medicamentos controlados para dormir).

perronee (impotência sexual, pênis torto) e incontinência urinária (uso de fraldas geriátricas).”

3 - DEPOIMENTO DO REQUERIDO ASSIM TRANSCRITO:

“No dia 09/03/2001 em Pouso Alegre, fui solicitado via telefônica pelo cirurgião Diretor do hospital e Maternidade de Silvanópolis - MG; Dr. José Rodrigues da Silva, por volta das 10:00 (sexta-feira), para realizar um procedimento anestésico em caráter de urgência (risco de vida). onde seria realiza uma Laparotomia Exploradora em paciente idoso, 63 anos de idade, aposentado, com provável diagnóstico de víscera oca perfurada(estômago, duodeno ou alça intestinal);pois no Rx simples de abdômen tinha Pneumoperitôneo - Ar em cavidade abdominal” e foi sugerido por mim que tal cirurgia fosse realizada em Pouso Alegre e o cirurgião relatou que a família e o paciente queriam intransigentemente que fosse realizada naquela cidade mesmo sabendo dos riscos possíveis que poderiam acontecer e das restrições daquele Hospital - Suporte médico restrito e não possui CTI.

Desloquei-me de Pouso Alegre até Silvanópolis, distante mais ou menos 30 Km, e já no Hospital, diante dos exames pré-operatórios em mão, e cirurgia já indicada pelo cirurgião em regime de urgência fiz visita préanestésica e exame clínico do paciente. Ele estava só no quarto sem acompanhante algum, e se apresentava em razoáveis condições de cirurgia, porém desidratado, vomitando, com dor abdominal difusa, expliquei dos riscos e complicações possíveis que poderiam acontecer frente ao procedimento anetésico-cirúrgico; foi por ele compreendido e frmado por ele que tais riscos já haviam sido explicado para seus familiares pelo cirurgião; só então encaminhado ao Centro Cirúrgico, por volta das 11:20 hs .Já no Centro Cirúrgico com acesso venoso periférico, foi por mim monitorizado (oxímetro de pulso, cardioscópio, estetoscópio precordial, PA não invasiva e diurese);onde foi feito primeiramente anestesia peridural e após anestesia geral com intubação orotraqueal com sucesso sem intercorrência;conduta esta feita em cirurgias de grande porte e grandes incisões usada pelos anesthesiologistas,objetivando reduzir respostas autonômicas e humorais ao trauma, diminuindo o uso de anestésicos e oferecendo analgesia pós operatória,isto é qualidade anestésica;onde tomo mesma conduta nos pacientes com quadro semelhante, sem ter tido nenhuma complicação anterior ou posteriormente ao referido caso.A cirurgia iniciou por volta das 11 :45 hs por dois cirurgiões: José Rodrigues da Silva e José Vilaça Dornelas e a sala de cirurgia circulada por uma enfermeira; foi constatado a perfuração da víscera, com restos alimentares na cavidade abdominal; feito Rafia da víscera, retirado os restos alimentares, lavagem da cavidade, colocação de drenos e cirurgia realizada em 120 minutos.

O paciente foi recuperado do procedimento na sala de cirurgia e encaminhado ao quarto após 60 minutos do término da cirurgia consciente. hemo dinamicamente estável. sem dor. corado. eupneico.

No segundo dia de pós-operatório, o cirurgião me ligou relatando que o paciente apresentava sensibilidade tátil preservada nos membros inferiores, porém com diminuição de força motora e imediatamente orientei que entrasse em contato com um neurocirurgião de confiança (Dr Wanded e encaminhasse o paciente o qual seria o especialista indicado no caso, pensando ser um processo de compressão medular por hematoma: alteração vascular como espasmo ou embolia levando a uma isauemia medular .alterações estas descritas na literatura médica, previstas e conhecidas pelos anesthesioloistas como complicacões possíveis de ocorrer em

procedimentos anestésico-cirúrgicos : exames complementares foram realizados a pedido do Neurologista.

Foi dada explicação possível sobre o caso do paciente aos seus filhos sob o ocorrido, foi por nós médicos acompanhado e dado todo suporte hospitalar ao paciente enquanto internado no Hospital. seguidas as orientações do Neurologista.

Pela RNM realizada 9/04/2001, o paciente já apresentava anteriormente à cirurgia alteração degenerativa da coluna vertebral com estenose de canal medular. O elemento aue como em os arcos posteriores integros. excluindo, portanto, algum trauma que poderia ter ocorrido com a agulha. confirmado pelo volume normal de medula: e havia uma redução de sinal em T12 sugerindo isquemia medular em corno anterior (Neurônios Motor) e por um exame de eletroneuromiografia realizado: constatou isquemia medular não traumática de causa vascular. Segundo relatório do SARAH de Belo Horizonte, foi dado diagnóstico final de Paraplegia incompleta, e o paciente não apresentava perdas urinárias e já apresentava antes da cirurgia, uma ruptura de um tendão em um músculo da perna.

Neste caso, em que em a situação é de urgência tudo é alterado, paradoxal e inconcebível, dadas as condições precárias e excepcionais diante da assustadora presença de morte: exigir uma obrigação de resultado é desconhecer toda aquela realidade mesmo o que é mais elementar nesta área de especialização. A obrigação do Anestesiologista é de meio porque o objeto de seu contrato é a própria assistência e zelo ao seu paciente, quando se comoromete empregar todos recursos ao seu alcance. Sem, no entanto, garantir sempre um sucesso, não temos como prever ou prevenir certos resultados, pois muitos deles são oriundos das condições mais variados do organismo humano."

4 - EXAME FÍSICO:

Paciente encontra-se com incoordenação motora dos membros inferiores. Marcha claudicante, debilitada e em uso de muletas. Diminuição do tônus e da trofia muscular dos membros inferiores. Diminuição do movimentos de flexo-extensão do pés e da sensibilidade nervosa dos mesmos. Alega incontinência urinária discreta.

5- EXAME COMPLEMENTAR:

Ressonância magnética evidencia lesão do corno anterior da

(6)

medula em T12, caracterizando esquemia medular anterior. Relatório do Neurocirurgião Dr. Wander J. Fortunato CRM:MG-19.794 em 23/01/2001. Página 19 dos Autos.

**6 – RELATÓRIO MÉDICO: (Associação das Pioneiras Sociais-
Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor-Unidade Belo
Horizonte):**

-

Data da lesão: 09 de Março de 2001, internação: **06 de Agosto de 2001**, alta: 14 de Setembro de 2001. Com as seguintes conclusões assim resumido:

Paciente com paraplegia incompleta, não traumática, secundária a seqüela de bloqueio anestésico lombar. Capacitação funcional independente para as atividades diárias como alimentação, higiene corporal, vestuário. Marcha na época através de cadeira de rodas sendo independente em terrenos planos e lisos e parcialmente dependente em terrenos acidentados e rampas. Esvaziamento vesical (bexiga) voluntário sem perdas urinárias e ausência de lesões renais residuais (hidronefrose).

7 - PRONTUÁRIO HOSPITALAR:

-

Não foi apresentado cópia do prontuário hospitalar, solicitado por este Perito Oficial.

8- COMISSÃO DE ÉTICA:

Não foi instaurada sindicância pela diretoria hospitalar na época da internação.

9- REFERÊNCIA:

-
CONSULTA nº: 2861-05/2002 - CRMMG 28/01/2005
Consulente: Dr. Tarcísio Dayrell Neiva
Relator: Cons. Celso Homero Santos Oliveira, CRM/MG 6.930

Ementa:

“ Não há como diagnosticar um fato acontecido há mais de vinte anos sem a documentação de internação e procedimentos realizados no paciente.

O perito não pode extrapolar suas funções e inferir opiniões pessoais desprovidas de fundamentação técnica e científica, cometendo infração ética.”

10- QUESITOS:

Quesitos do Autor:

1- Sr. Perito teve acesso a todos os documetos dos autos e/ou outros exames/documentos necessários à realização do laudo pericial?

R: Não, não foi localizado o prontuário hospitalar.

2- De acordo com os documentos dos autos, qual era o quadro clínico do Autor antes da cirurgia?

R: Dor abdominal aguda, difusa.

3- O quadro clínico do Autor era de urgência?

R: Sim.

4- Qual foi o tipo de atendimento prestado pelo réu? Explicar a conduta adotada.

R: Avaliação clínica e indicação de cirurgia (Laparotomia Exploradora)- Dr. José Rodrigues da Silva, após avaliação clínica e pré-anestésica pelo Dr. [REDACTED]

Y

4.a- O Réu possui condições técnicas para ministrar o tipo de anestesia que submetido o Autor? Explicar.

R: Sim.

5- De acordo com a papeleta, o Autor recebeu anestesia peridural e após anestesia geral com intubação orotraqueal. Tal conduta anestésica está respaldada pela literatura médica? Explicar.

R: A técnica combinada é universalmente aceita há mais de de 30 anos. Trata-se de uma associação de anestesia no neuro-eixo (peridural ou raquianestesia) visando o uso de anestésicos locais ou substâncias opióides (análogos ou mesmo a morfina) que diminui em muito as necessidades de anestésicos gerais no per operatório, bem como as respostas sistêmicas ao estímulo cirúrgicos são atenuadas, objetivando maiores benefícios ao paciente. Existe vasta literatura mundial e nacional respaldando tais afirmações.

6- O achado cirúrgico justificava o procedimento adotado?

R: Sim.

7- Foi descrito alguma intercorrência durante o ato cirúrgico? Explicar.

R: Não.

8- Qual foi a queixa apresentada pelo autor no pós-operatório?

R: O paciente queixou-se de queimação nas pernas e dificuldade para mexer com os membros inferiores.

9- Qual foi o diagnóstico dado pela queixa do autor após a cirurgia? Tal diagnóstico é descrito na literatura médica?

R: Segundo o médico Dr.  [✱], pensou-se em um processo de compressão medular por hematoma, ou alteração vascular como espamo ou embolia levando a uma isquemia medular.

10-O hospital dentro das limitações locais, deu atendimento médico ao

Réu adequado durante o tratamento?

R: Em princípio, sim.

11-O tipo de complicação apresentada está relacionada ao atendimento de algum preposto ou aparelhagem do hospital? Explicar.

R: Prejudicado. Sem elementos para afirmar ou negar tal possibilidade.

12-Quais as condições clínicas atuais do autor? O Autor recebe algum tipo de benefício previdenciário?

R: O autor já encontrava-se gozando da aposentadoria junto ao INSS. Atualmente apresenta-se com incoordenação motora dos membros inferiores que vem melhorando ano a ano (fisioterapias). Uso de muletas, dificuldade no controle vesical (bexiga) e atividade sexual pouco prejudicada. Permanece em casa onde submete-se à fisioterapias domiciliar. Toma banho sentado, come sozinho.

13-Pode afirmar se os Réus contrariaram a conduta descrita na literatura médica para o caso em discussão?

R: Não.

13.a- Em que consiste as “...Alterações degenerativas da coluna vertebral estenosando o canal vertebral entre L2 e alteração de sinal na substância cinzenta, e no cone medular entre T12 à L1-L2”, constantes no laudo de ressonância magnética? Tal quadro pode está influenciando no resultado cirúrgico? Tais pacientes podem estar mais sujeitos a complicações? Explicar.

R: Os processos degenerativos são de lenta evolução, sendo que parte da população aparentemente sadia pode estar com o processo próximo de situações críticas. Pequenas alterações ou eventos mórbidos podem precipitar processos lesivos à medula, que fica como que “quase espremida” no canal medular estenosado. O depósito de um volume como que o usado em anestesia peridural pode produzir o aludido “gatilho crítico”, ou seja, com a compressão quase crítica, o líquido por ser incompressível, passa a ser um fator de aumento de pressão no local, podendo causar isquemia nos tecidos nobres nervosos. Tendo em vista a clínica do paciente não mostrar alguma evidência neste sentido, não há como prever que tal paciente possuisse tal patologia, procedendo assim apenas a anestesia geral. Mesmo esta, com o relaxamento da musculatura paravertebral, poderia facilitar lesões compressivas nas áreas críticas, por manipulação do paciente como por exemplo retirando-o da mesa cirúrgica e colocando-o no leito.

Alguns

14-Pelo laudo da RM, poderia o Autor já apresentar tais degenerações antes da cirurgia realizada no Hospital? Explicar.

R: Ressonância magnética realizada em 09/04/2001 demonstra degeneração da coluna, estenose do canal medular.

15-O tipo de degeneração apresentada poderia comprometer o sucesso do tratamento fisioterápico? Explicar.

R: Sim.

16-Pode o Sr. Perito informar se as drogas utilizadas na prática médica podem causar reações inesperadas como reações alérgicas, depressão respiratória, choque, parada cardíaca, etc.? Em caso afirmativo o médico sempre tem meios impedir tais adversidades? Explicar.

R: Na prática médica, as mesmos efeitos que podem prejudicar o paciente ajudam no tratamento. No caso da anestesia, usa-se o relaxante muscular (curare) que per si podem matar por depressão respiratória, como foi descoberto pelos ingleses em expedição nas selvas do equador, há dois séculos. Na medicina, é de grande benefício, pois permite relaxamento muscular e facilita a abordagem cirúrgica. Para garantir a vida, é necessário que se faça a ventilação artificial, tanto por meio manual (bolsas e valvular), como usando os respiradores artificiais, que substituem as mãos do médico neste mister. O próprio anestésico inalatório nas doses adequadas de concentração alveolar mínima para cirurgia, mantém o paciente sem nenhuma dor ou resposta autonômica. Mas se em doses altas podem causar choque, arritmias e parada cardíaca. Qualquer anestesista com formação tem habilidades e conhecimentos suficientes para executar estes procedimentos numa rotina segura, tal qual outros profissionais que fazem procedimentos repetitivos na sua prática diária. Cozinheira, piloto de avião, eletricitário de alta tensão, etc. Já se inverter alguns destes profissionais, é acidente certo. Por exemplo, um médico se meter a consertar um fio de alta tensão ou vice-versa.

17-Pode informar se os pacientes idosos apresentam maior risco de complicações em procedimento anestésico-cirúrgico? Por quê?

R: Sim. As alterações degenerativas são mais comuns e particularidades de idades mais avançadas. Com a melhoria da vida média populacional, estatisticamente aumentarão as patologias afeitas às faixas etárias avançadas (Escleroses, demências, artroses, degeneração miocárdica, etc) . Com o aumento da vida média, certamente boa parte deste grupo por algum motivo também necessitarão de procedimentos anestésicos

cirúrgicos.

18-Pode informar ser nas cirurgias de urgência, qual deve ser a maior preocupação do médico? O Réu tomou os cuidados necessários para salvar a vida do Autor? O Réu deixou de cumprir alguma recomendação da literatura médica para o procedimento?

R: Pelo que está relatado não foi notado nada que não fosse feito pela maioria dos profissionais da área.

19-Queira prestar outros esclarecimentos que julgue necessários ao deslinde da questão discutida nestes autos, levando-se em consideração especialmente às alegações da inicial e da contestação.

R: A questão foi abordada de uma forma genérica nas questões anteriores, que fornecem subsídios ao caso. Não há como tecer comentários específicos a este caso, tendo em vista não ter participado do processo de atendimento. Entretanto, não há nada que chame a atenção no atendimento.

Quesitos do Réu:

1- Descreva o Sr. Expert Perito, tudo que achar conveniente com relação ao Requerente, características de sua constituição psico-física, seu histórico clínico, inclusive anterior ao mal narrado nos autos.

R: Tratava-se de paciente idoso (63 anos), com situação clínica em caráter de urgência, necessitando de uma laparotomia exploradora em uma unidade hospitalar com limitações e restrições comuns nas pequenas localidades e com alteração degenerativa da coluna vertebral, estenose, pré-existente.

2- Qual o mal que acomete o Requerente e qual a sua causa?

R: Paraplegia incompleta que vem evoluindo bem, gradativamente.

3- Queira o Sr. Perito descrever quais os tipos de anestésias, a composição das mesmas e os riscos oferecidos na aplicação.

R: Já respondido no conteúdo de outras questões.

102

4- Por qual motivo foi o Requerente devidamente submetido a teste para utilização da anestesia utilizada na cirurgia a que o mesmo foi submetido?

R: A dose teste de anestesia peridural é feita exclusivamente para afastar-se absorção vascular, por exemplo, se injetarmos um grande volume via venosa, pode promover um colapso Cardiovascular e possível parada cardíaca, necessitando reanimação imediata.

5- Foi o Requerente devidamente submetido a teste para utilização da anestesia aplicada?

R: A simples evolução cirúrgica sem intercorrência corrobora a qualidade da anestesia realizada

6- Não fosse a anestesia aplicada, restaria ao Requerente o quadro que atualmente se vê acometido?

R: Não, talvez o mesmo não tivesse sobrevivido, pois apresentava perfuração de víscera com resto alimentares na cavidade abdominal.

7- Há cura para o mal que acomete o Requerente?

R: O periciado tem apresentado evolução satisfatória em virtude do tratamento multidisciplinar preconizado e da disciplina e boa vontade do mesmo na reabilitação física.

8- O Requerente faz uso de medicação? Quais?

R: Sim. Faz uso de Cimetidina 200mg duas vezes ao dia, Gingo Biloba 80mg duas vezes ao dia e Bromazepan 6mg uma vez ao dia.

9- Qual é o exame mais adequado para a caracterização do quadro clínico apresentado pelo Requerente? Está o mesmo inválido atualmente? Há possibilidade de recuperação? Em caso positivo qual o

tempo estimado para tal?

R: Avaliação clínica e neurológica e exames complementares subsidiários. Encontra-se com invalidez parcial e permanente, em fase de recuperação. Provavelmente não terá recuperação total (100%) dos movimentos dos membros inferiores e do controle vesical.

10-Existe relação entre tratamento/cirurgia a que se viu cometido o Requerente e o dano noticiado nos Autos?

R: Sim.

11-Está o Requerente lesado fisicamente? E esteticamente? Tem o mesmo dificuldades de deambulação? Faz uso constante de fraldas descartáveis? Se utiliza de muletas?

R: Sim. Há deformidade estética dos membros inferiores, atrofia e marcha claudicante. Sim, faz uso de fraldas descartáveis. Faz uso de muletas.

12-Ao que se demonstra, pode o Sr. Perito informar se a cirurgia a que foi submetido o requerente realmente era de urgência e se o Hospital Requerido obedeceu aos critérios para realização da mesma?

R: A cirurgia foi de urgência e o hospital dentro das suas limitações e particularidades, à princípio, obedeceu os critérios para a realização da mesma.

13-Pode o Sr. Perito analisar os atestados médicos emitidos nos autos e sobre eles fecer comentários?

R: Sim, este laudo leva em consideração os resultados dos atestados médicos acostados nos Autos.

Finalizando, queira o Sr. Perito informar e descrever o que necessário for para o deslize da questão, informando a real situação do Autor, as possibilidades de recuperação, o lapso de tempo e tudo mais que entender necessário e de proveito ao Nobre e Douto Julgador, para que prevaleça acima de tudo a justiça.

R: Encontro-me a disposição de V.Exa e dos nobres advogados

14

para prestar maiores esclarecimentos levando-se em consideração sempre a Consulta Nº2861-05/2002 do CRM/MG supra-citada.

Atenciosamente,

Dr. Armando Fortunato Filho

Perito Oficial

» Consultas » Jurisprudência » Acórdãos

Inteiro Teor

Número do processo: 1.0674.06.001082-6/001(1)**Relator:** OSMANDO ALMEIDA**Relator do Acórdão:** OSMANDO ALMEIDA**Data do Julgamento:** 04/03/2008**Data da Publicação:** 15/03/2008**Inteiro Teor:**

EMENTA: INDENIZAÇÃO - DANOS MORAIS E MATERIAIS - ERRO MÉDICO. - RESPONSABILIDADE CIVIL DO HOSPITAL - NÃO CONFIGURAÇÃO. Não se restando demonstrada nenhuma omissão, negligência ou imperícia do médico que atendera a paciente, ou mesmo qualquer deficiência ou anomalia nos serviços prestados pelo nosocômio que pudesse ter causado os danos alegados na inicial, não há que se falar em dever de indenizar.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0674.06.001082-6/001 - COMARCA DE SILVIANÓPOLIS - APELANTE(S): [REDACTED] - APELADO(A)(S): HOSPITAL MATERNIDADE MARIA EULÁLIA E OUTRO(A)(S) - RELATOR: EXMO. SR. DES. OSMANDO ALMEIDA

ACÓRDÃO

Vistos etc., acorda, em Turma, a 9ª CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos e das notas taquigráficas, à unanimidade de votos, EM NEGAR PROVIMENTO.

Belo Horizonte, 04 de março de 2008.

DES. OSMANDO ALMEIDA - Relator

NOTAS TAQUIGRÁFICAS

O SR. DES. OSMANDO ALMEIDA:

VOTO

Cuida-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 345/354, proferida pelo MM. Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Silvanópolis, nos autos da "ação ordinária de indenização por danos morais, materiais e estéticos" movida por [REDACTED] em desfavor de HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA EULÁLIA e [REDACTED] que julgou improcedente o pedido de ingresso, extinguindo o feito com resolução de mérito e, em consequência, condenou o autor ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, estes arbitrados em R\$ 1.000,00, suspensa a exigibilidade das verbas sucumbenciais, subordinadas aos comandos da Lei nº 1.060/50.

→ justiça gratuita

Interpôs recurso de apelação o autor (fls. 351/362), sustentando a necessidade de reforma da r. sentença, ao argumento de que a instrução processual, e o depoimento das testemunhas inquiridas por ocasião da AIJ, noticiaram o descrito na inicial.

Assevera que o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar seu convencimento através de outras provas produzidas nos autos, a teor do disposto no art. 436 do CPC; e, no caso vertente, o laudo pericial "se encontra obscuro".

Aduz comprovado nos autos, que foi vítima de grave erro médico, o que lhe ocasionou dano a integridade física e moral; que antes do procedimento médico foi um cidadão normal, trabalhador braçal, provedor de família; que a responsabilidade civil in casu, é objetiva "independe de qualquer prova nos autos. Não deve prevalecer a tese de que para salvar a vida de um cidadão de bem, a tire de outra maneira, como ocorreu no caso vertente"; que no caso em tela cabe a inversão do ônus probatório.

Narra que "após a fatídica data, quando necessitou de intervenção junto ao único hospital da comarca, se viu nas mãos do primeiro recorrido, que de forma lamentável o colocou na situação em que hoje se encontra, praticamente inválido e sem qualquer perspectiva de melhora".

Prossegue dizendo que deve o profissional ou o hospital trazer para os autos fatos extintivos dos direitos do autor, "do contrário, toda e qualquer prova deve ser tida como favorável à vítima".

Pede o provimento recursal, para que os recorridos sejam condenados ao pagamento de indenização por "danos morais e materiais advindos de erro médico", nos termos da peça introital.

Contra-razões às fls. 365/371, em óbvia infirmação.

Conheço do recurso, eis que presentes os pressupostos de sua admissibilidade.

O autor ajuizou em face do Hospital e Maternidade Maria Eulália e [REDACTED], ação de indenização por danos morais e materiais, sob alegação de erro médico por parte do segundo requerido, médico responsável pelo processo anestésico ao qual se submeteu para realização de procedimento cirúrgico no Hospital demandado.

Decidindo os pedidos deduzidos na peça de ingresso, a r. sentença vergastada, houve por bem julgar improcedente a pretensão autoral.

Recorre o autor, sustentando a responsabilidade do médico e do Hospital, sobre os danos reclamados.

Discorreu o autor na peça proemial, que na data de 07.03.2001 fora internado no Hospital requerido, em razão de fortes dores abdominais, vindo a ser diagnosticado quadro de 'úlcera perfurada'. Em 08.03.2001 o médico Diretor do Hospital informou à família do paciente que o mesmo seria submetido à intervenção cirúrgica - "laparotomia exploradora", o que ocorreu em 09.03.2001, sob anestesia peridural e geral. Alegou ter sido vítima de "acidente em punção peridural durante a anestesia". Disse que a partir desse momento, sua vida mudou completamente, ficando com paraplegia, o que lhe compromete os movimentos dos membros inferiores, e incontinência urinária, segundo diz, por erro do anestesista, [REDACTED] e do Hospital-suplicado que "deixaram de observar as normas médicas". Enfim, diz que a anestesia aplicada produziu graves e irreparáveis lesões, ficando com paraplegia.

Entendendo que deve ser indenizado, requereu a procedência da ação, juntando documentos.

Regularmente citados, os réus ofertaram sua contestação, impugnadas pelo autor; o MM. Juiz designou data para audiência de conciliação; não houve conciliação, seguiu-se a decisão saneadora; a prova pericial foi produzida; na audiência de instrução e julgamento foram colhidos depoimentos de testemunhas; as alegações finais foram produzidas por memoriais; adveio o ato sentencial objurgado, reconhecedor da improcedência da pretensão autoral.

Aduz o apelante, que a responsabilidade civil in casu, é objetiva "independe de qualquer prova nos autos" (...); que no caso em tela cabe a inversão do ônus probatório.

Acerca da responsabilidade do médico, segundo a doutrina de RUI STOCCO, in TRATADO DE RESPONSABILIDADE CIVIL, Editora Revista dos Tribunais, 6ª edição, págs. 532 e seguintes, citando

YUSSSEF SAID CAHALI (in Responsabilidade Civil dos Médicos, Editora Saraiva, 2 a edição, 1998, págs. 319/321):

"A questão da presunção de culpa e conseqüente inversão do ônus probandi não se liga à divisão entre culpa contratual e aquiliana *extrac contratual* mas, sim, ao fato de a doutrina e a jurisprudência, mais recentemente, interpretarem as obrigações contratuais como obrigações de meio e obrigações de resultado, e aí está, segundo o mesmo autor, 'a chave da mudança sobrevida quanto ao ônus da prova. Em resumo, o que importa na responsabilidade civil dos médicos é a relação entre a culpa e o dano para que possa haver direito à reparação; mas, para maior apoio ao ofendido é preciso saber-se se o dano foi causado no inadimplemento de uma obrigação de meios ou, ao contrário, de resultado, pois neste último caso (e somente neste, cabe acrescentar) haverá inversão do ônus da prova e a vítima da lesão ficará em posição mais cômoda."Ora, na obrigação de meios o que se exige do devedor é pura e simplesmente o emprego de determinados meios sem ter em vista o resultado. É a própria atividade do devedor que está sendo objeto do contrato. Esse tipo de obrigação é o que parece em todos os contratos de prestação de serviços, como o de advogados, médicos, publicitários, etc. Dessa forma, a atividade médica tem de ser desempenhada da melhor maneira possível com a diligência necessária e normal dessa profissão para o melhor resultado, mesmo que este não seja conseguido. O médico deve esforçar-se, usar de todos os meios necessários para alcançar a cura do doente, apesar de nem sempre alcançá-la".

Pois bem.

A responsabilidade civil do médico está expressamente consagrada no art. 1.545 do Código Civil de 1916, vigente à época do evento, nos seguintes termos: "Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras, dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que por imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, incapacitação de servir ou ferimento".

Tal responsabilidade se mantém, reproduzida no art. 951 do NCC, de forma genérica e abrangente, aplicando-se a todo "aquele que no exercício de sua atividade, por imprudência, negligência ou imperícia causar a morte do paciente, gravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho".

Assim, adotou o Direito Brasileiro a teoria da culpa subjetiva, no que diz respeito à responsabilidade médica, e à vítima restou a incumbência de demonstrar a ocorrência de uma das três modalidades de culpa para que seja ressarcida pelo dano daí decorrente.

Já o art. 14 do CDC estabelece que o fornecedor de serviços responde, por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como por informações insuficientes sobre sua fruição e riscos, independentemente da existência de culpa, ressalvando, contudo, em seu parágrafo 4º, que "a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação de culpa".

Ainda, entende-se que o Hospital é responsável pela conduta culposa do médico contratado para o seu corpo clínico, no trabalho que lhe competir e em razão dele (CC, art. 932, III).

Feitas tais considerações, releva anotar a irresignação do apelante quanto à prova pericial produzida nos autos. Aduz o recorrente o que o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar seu convencimento através de outras provas produzidas nos autos, a teor do disposto no art. 436 do CPC.

Em que pese as alegações do apelante, o perito é auxiliar da Justiça, nos termos do art. 139, e presta serviços ao Juízo, quando a prova do fato depender do conhecimento técnico ou científico; ainda, não há nada que desabone o laudo pericial ofertado nos autos, razão pela qual a prova técnica não há de ser desconsiderada.

À vista do que foi exposto, em caso de erro médico, indispensável a prova da culpa do facultativo em qualquer de seus graus, e demonstração da deficiência dos serviços prestados para que a responsabilidade civil da entidade hospitalar subsista, porquanto o Hospital é responsável pela conduta culposa do médico contratado para o seu corpo clínico. Contudo, pelo que se observa das provas colhidas, a culpabilidade do médico anesthesiologista que assistiu o paciente no momento cirúrgico não restou comprovada, nem prova que aponte para a deficiência dos serviços prestados pelo nosocômio.

Inicialmente, ressalte-se que o perito judicial mencionou não ter tido acesso ao 'prontuário hospitalar solicitado', todavia, posteriormente, esclareceu que, na verdade, não teve acesso ao original, o que não comprometeria o resultado da perícia. (fls. 193 e 298/299).

As testemunhas arroladas pelo autor (fls. 321/323), pouco esclarecem acerca dos fatos, a não ser quando consignaram que o demandante submeteu-se a uma cirurgia de úlcera e depois disso ficou com paraplegia.

No exame físico realizado no autor, constatou o perito judicial: "Paciente encontra-se com incoordenação motora dos membros inferiores. Marcha claudicante, debilitada e em uso de muletas".

Da prova pericial (fls. 181/199), colhe-se que o estado clínico do autor antes da cirurgia era de urgência, apresentando dor abdominal aguda, difusa (respostas aos quesitos 1 e 2 do autor); que o atendimento prestado ao paciente foi a avaliação clínica e indicação de cirurgia (Laparotomia Exploradora), pelo Dr. José Rodrigues da Silva, após avaliação clínica e pré-anestésica pelo Dr. [REDACTED]

Esclareceu o perito, que a conduta anestésica - peridural e geral - está respaldada pela literatura médica; que a técnica combinada é universalmente aceita há mais de 30 anos. Trata-se de uma associação de anestesia no neuro-eixo (peridural ou raquianestesia) visando o uso de anestésicos locais ou substâncias opióides (análogos ou mesmo morfina) que diminui em muito as necessidades de anestésicos gerais no pré-operatório, bem como as respostas sistêmicas ao estímulo cirúrgico são atenuadas, objetivando maiores benefícios ao paciente (respostas aos quesitos 3 e 5 do autor).

Perguntado se o achado cirúrgico justificava o procedimento adotado, disse que sim; "foi descrita alguma intercorrência durante o ato cirúrgico? Não; "Qual foi o diagnóstico dado pela queixa do autor após a cirurgia? Tal diagnóstico é descrito na literatura médica? Segundo o médico Dr. [REDACTED] pensou-se em um processo de compressão medular por hematoma, ou alteração vascular como espasmo ou embolia levando a uma isquemia medular"; "O Hospital agiu dentro das limitações locais, deu atendimento médico adequado durante o tratamento? Em princípio, sim; Pode afirmar se os Réus contrariaram a conduta descrita na literatura médica para o caso em discussão? Não" (respostas aos quesitos 6, 7, 9, 10, 13 do autor).

Extrai-se do laudo pericial, que o autor submeteu-se a ressonância magnética e ao exame complementar de fls. 19, representado pelo relatório do neurocirurgião, Dr. Wander J. Fortunato, a "Ressonância Magnética evidencia lesão do corno anterior da medula em T12, caracterizando esquemia medular anterior".

Acerca da Ressonância Magnética, esclareceu o perito judicial:

"Pelo laudo da RM, poderia o Autor já apresentar tais degenerações antes da cirurgia realizada no Hospital? Explicar. R: Ressonância magnética realizada em 09.04.2001 demonstra degeneração da coluna, estenose do canal medular." (quesito 14 do autor)

"Em que consiste as '... Alterações degenerativas da coluna vertebral estenosando o canal vertebral entre L2 e alteração de sinal na substância cinzenta, e no cone medular entre T 12 à L1-L2', constantes do laudo de ressonância magnética? Tal quadro pode estar influenciando no resultado cirúrgico? Tais pacientes podem estar mais sujeitos a complicações? Explicar.

R: Os processos degenerativos são de lenta evolução, sendo que parte da população aparentemente sadia pode estar com o processo próximo de situações críticas. (...) Tendo em vista a clínica do paciente não mostrar alguma evidência neste sentido, não há como prever que tal paciente possuísse tal patologia, procedendo assim apenas a anestesia geral. Mesmo esta, como relaxamento da musculatura paravertebral, poderia facilitar lesões compressivas nas área críticas, por manipulação do paciente como por exemplo retirando-o da mesa cirúrgica e colocando-o no leito". (quesito 13.a - autor).

Perguntado: "(...) nas cirurgias de urgência, qual deve a maior preocupação do médico? O Réu tomou os cuidados necessários para salvar a vida do Autor? O Réu deixou de cumprir alguma recomendação da

literatura médica parta o procedimento?

R: Pelo que foi relatado não foi notado nada que não fosse feito pela maioria dos profissionais da área". (quesito 18 - autor).

Alie-se a isso que os testemunhos colhidos, todos de médicos, teve perfeita consonância com o contido no laudo pericial.

O médico responsável pela cirurgia realizada no autor, José Rodrigues Silva, testemunhou em juízo (fls. 324/325):

"Que o autor deu entrada no hospital local com quadro de dor abdominal; que o depoente o atendeu e providenciou a rotina médica, ministrando remédios adequados; que num primeiro momento a dor melhorou, mas logo em seguida novamente voltou, tendo sido feitos outros exames, inclusive um raio X, onde se verificou a existência de 'ar na cavidade abdominal', o que demandaria intervenção cirúrgica de urgência; que comunicou-se com a família do paciente sugerindo que a cirurgia se desse em Pouso Alegre, contudo o próprio paciente solicitou que, se possível, fosse operado aqui mesmo, donde foi feito o contato com o requerido [REDACTED] na qualidade de anestesista, para acompanhar o caso; que a cirurgia foi feita sem nenhum incidente, sendo que a anestesia transcorreu na forma esperada; que durante todo o procedimento anestésico e cirúrgico o depoente em momento algum presenciou o mencionado 'acidente em punção peridural durante a anestesia', conforme descrito na inicial; que no dia seguinte a cirurgia, em visita ao autor, o depoente percebeu que ele não estava 'sentindo as pernas', pelo que foi de imediato comunicado com o anestesista e como neurologista, que trataram de atender o paciente, submetendo-o a exame; que o depoente não sabe dizer o que, efetivamente, causou o problema no paciente; que a 'alteração degenerativa da coluna vertebral' pré-existente, mencionada na perícia, somente pode ser detectada para o caso em questão, no pré operatório; (...) que se fosse o caso de ter sido pedido um exame de ressonância magnética para o autor, de qualquer forma ele teria que estar sedado, haja vista o quadro de dor aguda que sentia e a necessidade de estar imobilizado para tal exame; que conhece o requerido [REDACTED] há mais de 10 anos, podendo dizer que se trata de um profissional cuidadoso, (...) que desconhece qualquer problema envolvendo a requerido [REDACTED], a exemplo do contido neste feito; "que o depoente teve a oportunidade de conversar tanto com o paciente como também com seus familiares e informá-los sobre a gravidade do caso, sendo certo que se não tivesse havido a própria intervenção cirúrgica o paciente poderia ter chegado ao óbito (...)".

E o médico cirurgião que auxiliou no procedimento cirúrgico, José Vilaça Dornelas, declarou em juízo: "que durante o ato cirúrgico tudo correu dentro da normalidade, seja no que tange à anestesia ou à própria cirurgia; que o depoente não presenciou qualquer 'incidente em punção de peridural' durante a anestesia; (...) que ouviu dizer que o que desencadeou o problema posterior a cirurgia experimentada pelo autor teria sido a pré existência de uma alteração degenerativa da coluna vertebral, que teria sido exacerbada pela anestesia; (...) que no caso do autor as anestésias indicadas seriam mesmo a peridural e a geral; que no caso do autor não havia qualquer indicação de se solicitar um exame de ressonância magnética, que seria utilizado para verificar a presença da alteração degenerativa pré existente; que se fosse feita uma ressonância, no quadro de dor aguda do paciente, ele também precisaria ter sido sedado; que a cirurgia tinha de ser feita, sob pena do paciente alcançar o óbito (...)". (fls. 326/327).

Em respostas aos quesitos formulados pelos réus, esclareceu o perito: Tratava-se de paciente idoso (63 anos), com situação clínica em caráter de urgência, necessitando de uma laparotomia exploradora em uma unidade hospitalar com limitações e restrições comuns nas pequenas localidades e com alteração degenerativa da coluna vertebral, estenose, pré- existente; O mal que acomete o autor é paraplegia incompleta, que vem evoluindo bem gradativamente; Perguntado se "Existe relação entre tratamentos/cirurgia a que se viu cometido o Requerente e o dano noticiado nos autos? R: Sim".

Mas pela dicção do art. 1545 do CC/1916 aplicável na época dos fatos, não basta ao ofendido demonstrar a lesão que lhe adveio do procedimento médico. A responsabilidade indenizatória funda-se na culpa in concreto, que se apura no processo de indenização por dano de responsabilidade médica, nas formas de negligência, imprudência e imperícia.

E, segundo o expert: "A simples evolução cirúrgica sem intercorrências corrobora a qualidade da anestesia realizada"; "Não fosse a anestesia aplicada, restaria ao Requerente o quadro que atualmente

se vê acometido? R: Não, talvez o mesmo não tivesse sobrevivido, pois apresentava perfuração da víscera com restos alimentares na cavidade abdominal". (fls. 197/199).

Como aduziu o i. Magistrado a quo:

"Poder-se-ia argumentar no sentido de que se tivesse sido diagnosticada a lesão preexistente (alterações degenerativas da coluna vertebral estenosando o canal), as seqüelas experimentadas pelo autor poderiam ter sido evitadas.

A assertiva, entretanto, não é verdadeira.

É que, segundo esclarecido pelo DD. Perito: '...Tendo em vista a clínica do paciente não mostrar alguma evidência neste sentido, não há como prever que tal paciente possuísse tal patologia, procedendo assim apenas a anestesia geral. Mesmo esta, como relaxamento da musculatura paravertebral, poderia facilitar lesões compressivas nas área críticas, por manipulação do paciente como por exemplo retirando-o da mesa cirúrgica e colocando-o no leito'. - fls. 195/196 - grifei".

De seu turno a prova testemunhal deu conta de esclarecer que, para diagnosticar a lesão preexistente mencionada, necessária seria uma ressonância magnética (não indicada no pré-operatório do autor, mormente em decorrência da queixa de dores abdominais e da urgência do atendimento) e que, ainda que realizada, deveria estar o paciente, naquelas condições, dores agudas, sedado para o exame".

Assim, o que se tem sem objeção nos autos, é a versão dos próprios médicos cirurgiões, que na tentativa de salvar a vida do autor, e diante da gravidade do caso apresentado, procederam à abordagem cirúrgica a fim de evitar maiores riscos: "sendo certo que se não tivesse havido a própria intervenção cirúrgica o paciente poderia ter chegado ao óbito" (José Rodrigues da Silva - fls. 326); "Não fosse a anestesia aplicada, restaria ao Requerente o quadro que atualmente se vê acometido? Não, talvez o mesmo não tivesse sobrevivido, pois apresentava perfuração da víscera com restos alimentares na cavidade abdominal". (Laudo Pericial - fls. 198).

Da leitura dos autos, não se pode extrair a conduta culposa imputada ao médico anestesista - que não pode ser presumida; bem como não restou caracterizada qualquer responsabilidade do Hospital na prestação de seus serviços - segundo o laudo pericial o Hospital agiu dentro das limitações locais e prestou atendimento adequado durante o tratamento do autor - (fls. 195); ainda, não há pressuposição de culpa do médico pela qual o nosocômio deva responder, porque a culpa do facultativo não restou comprovada -, não se podendo falar por conta disso, em erro médico ou responsabilidade pelos fatos narrados na inicial, o que afasta a pretensão indenizatória.

A culpa do médico, pela natureza do contrato que firma com o paciente, somente será configurada quando os seus serviços tiverem sido prestados fora dos padrões técnicos. Por isso, o fato constitutivo do direito de quem pede indenização por erro médico se assenta no desvio de conduta técnica cometido pelo prestador de serviços, o que não restou configurado in casu.

A fim de se evitar tautologia, transcrevo o desfecho conferido à lide pelo d. Juiz de primeiro grau: "Conforme esclarecido pelos médicos cirurgião e assistente, a intervenção cirúrgica era necessária e premente, como forma de evitar que o paciente chegasse ao óbito, sendo certo também, que o procedimento foi realizado sem qualquer intercorrência, tendo o autor evoluído satisfatoriamente, ressalvado o lamentável fortuito narrado e reclamado nestes autos.

Assim, na ausência de imperícia, negligência, imprudência, enfim, de qualquer erro ou defeito na prestação dos serviços médicos e hospitalares, não há como prestigiar o pedido de ingresso".

Com tais considerações, NEGOU PROVIMENTO ao recurso aviado, mantendo incólume o ato sentencial querreado, por seus próprios e jurídicos fundamentos.

Custas recursais pelo apelante, suspensa a sua exigibilidade face ao deferimento da justiça gratuita (art. 12 da Lei nº 1.060/50).

MEJOR - CIRURGIA CARDIOVASCULAR -
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIO - PARADA
CARDÍACA - PARALISIA CEREBRAL (CARDIOLOGIA,
PEDIATRIA)

Exmo. Senhor Doutor Juiz de Direito da
Cível da Comarca de Belo Horizonte - MG



①

CASO ③

- LAUDO
PERICIAL

Ação: Indenização

PROCESSO Nº. 024.02. [REDACTED]

Autor: [REDACTED]

⊗ - pais da
paciente

Réu: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

+ (a) + (b) + (c)

FORMA LAF 05/268 18/EV/05 18:05

Roberto Fonseca Cambraia, Médico perito judicial, honradamente nomeado perito oficial nos autos do processo em referência, após analisar e estudar minuciosamente e cuidadosamente toda documentação contida nos seus três volumes, bem como, a partir de adequada pesquisa na doutrina científica pertinente, vem apresentar a V. Excelência os resultados e conclusões de seu trabalho consubstanciado no presente LAUDO CLÍNICO FORENSE.

Informa também que a assistente técnica indicada pelo réu e o assistente técnico indicado pelos denunciados, foram convidados a participar das diligências periciais, tendo sido disponibilizados todos os documentos pertinentes ao caso, contidos nos autos do processo e utilizados para o desenvolvimento do presente múnus.

Respeitosamente requer a liberação dos honorários periciais.

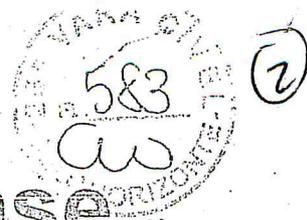
Agradecendo a honrosa indicação, coloca-se ao inteiro dispor de V. Exa. e das partes para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Termos em que pede a juntada do laudo e espera deferimento.

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2005

Roberto Fonseca Cambraia

Laudo Clínico Forense



Trata-se de PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL INDIRETA com o objetivo de avaliar, retrospectivamente, conduta médica perpetrada por profissionais médicos do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, por ocasião do atendimento à Menor [REDACTED], durante o período de sua internação, compreendido entre os dias 19 de maio de 1998 a 24 de novembro de 1999.

A despeito de se tratar de avaliação médico-pericial diferenciada (perícia indireta), foi feita visita ao domicílio da autora [REDACTED], residente no [REDACTED], no dia 29 de dezembro de 2004, e realizada entrevista com seu pai no dia 15 de janeiro de 2005, às 18:00 horas. Informa que os assistentes técnicos foram avisados, por telegrama, do dia e hora da visita no domicílio, entretanto, não compareceram. Foram também avisados da entrevista com os pais no dia 15 de fevereiro de 2005, tendo comparecido a assistente técnica do réu. Este perito informou aos mesmos que seu Laudo Clínico Forense, estaria disponível quando do despacho do douto Juízo, abrindo vistas às partes, para suas manifestações.

Uma vez que esta análise pericial se pauta pelo estudo e interpretação técnica dos documentos que registram os procedimentos médicos realizados, bem como dos ensinamentos da doutrina médica científica hodierna, ela deve ser considerada uma PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL INDIRETA (reforça-se).

584
C.A.S. (3)

Das alegações, dos documentos médicos e afins pertinentes e da entrevista com os pais da autora Raquel da Silva Costa, depreende-se:

(2)

Alega a inicial que, "...no dia 19 de maio de 1998, a autora [REDACTED] [REDACTED], fora internada na Santa Casa de Misericórdia para realização de cirurgia cardíaca. Era portadora, desde 1991, de insuficiência mitral. Consta que o quadro clínico evoluiu desfavoravelmente e a equipe de cirurgia cardiovascular indicou a necessidade de troca da válvula mitral. Comunicado a necessidade aos pais da menor pela Doutora Maria da Glória Cruvinel Horta...

...aos treze anos de idade, tinha vida social normal, andava, raciocinava com lucidez e inteligência e estava regularmente matriculada em escola. Afora a doença cardíaca, tinha uma vida saudável. Foi internada em boas condições clínicas, conforme atestaram os exames pré-operatórios...

...A cirurgia foi realizada às 12:50 horas do dia 25 de maio de 1998 e em virtude de complicações pós-operatórias, foi levada ao C.T.I. do mesmo Hospital. Seis dias depois da operação, a menor ainda no C.T.I., apresentava fortes sintomas de infecção hospitalar, que, resultou em incapacidade cerebral e motora da paciente, passando do estado de normalidade para ao quase vegetativo, de completa dependência e integral e constante assistência...

...Inconformados com o resultado lesivo do procedimento médico, representaram junto à Promotoria de Defesa dos Direitos Humanos e ao Conselho Regional de Medicina, para as devidas providências...

...as investigações não se aprofundaram na questão relevante que deu causa a lesão, pois, de uma leitura dos depoimentos e relatórios, não é difícil concluir que passaram ao largo de todas as referências à infecção hospitalar e às conseqüências advindas dos longos períodos de febres altíssimas e convulsões experimentadas pela paciente. Os laudos e depoimentos colhidos não se prestaram a esclarecer a causa da lesão cerebral da paciente autora. O Conselho Regional de Medicina bem como o



4

Ministério Público concluíram pela inexistência de lastro indiciário para propositura de ação penal, sendo ambos arquivados. Irresignados, vêm os autores a este juízo cível buscar a justa reparação dos danos materiais e morais que esperam demonstrar...

...Após a cirurgia realizada, a menor sofreu duas paradas cardíacas, as quatro e às nove horas da manhã do dia seguinte. Consta que numa delas, a reversão ao quadro de normalidade levou cerca de quinze minutos. Levada para o C.T.I., embora entubada, a menor comunicava-se com as visitas (seus pais, vizinhos e amigos) por meio de sinais com os olhos, membros superiores e inferiores (cabeça, braços, mãos, pernas e pés), sempre respondendo com sinais. A partir do sexto dia, passou a apresentar febre e com o passar dos dias foi se tornando mais alta, chegando a 43 graus, quando teve a primeira convulsão...

Após quinze dias de C.T.I., permanecia sem medicação para pneumonia e recebeu alta do C.T.I., para ser levada à enfermaria. Na enfermaria ficou apenas um dia, porque voltou a apresentar suspeita de pneumonia, retornando para o C.T.I...

...A partir daí, [redacted] já não se comunicava com seus pais e com as visitas, como fizera nos primeiros dias de internação no C.T.I.. O longo período de febre alta e constante, causou não apenas os sintomas de convulsões, mas, sobretudo, a lesão cerebral...

...Muito embora a hipótese de culpa de médicos não seja afastada, tendo em conta os arquivamentos da sindicância e do inquérito já mencionados, os autores ajuizaram a presente em face do Hospital...

...a responsabilidade do réu é inafastável, tratando-se, como de fato se trata, de infecção hospitalar ocorrida em relação jurídica de prestação de serviços médico-hospitalares, que não pode ser afastada com meras suposições no sentido de que a lesão poderia ter decorrido da parada cardíaca, sabendo-se que após tal ocorrência a paciente manifestou-se por vários dias lúcida, comunicando-se com seus interlocutores, cabendo ao réu o ônus da prova em contrário..." (folhas 2 a 10 dos autos).



586
CW
5

Histórico médico pericial

Descrição dos documentos apensos aos autos de interesse para o estudo médico pericial:

1- Relatório emitido pela Doutora Maria da Glória Gruvinel Horta, folha 47 dos autos: "A menor ^(Z) [REDACTED], foi admitida no Serviço de Cardiologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, em 26 de fevereiro de 1991, aos seis anos de idade, com diagnóstico de Doença Reumática aguda e Cardite reumática. Evoluiu com insuficiência mitral moderada, recebendo alta após estabilização do quadro, para controle no ambulatório de Cardiologia da Santa Casa. Fazia uso constante de Furosemida, Digoxina e Benzetacil mensal, de março de 1991 a abril de 1998, com exames periódicos de radiografia de tórax, eletrocardiograma e ecocardiogramas anuais, num total de dezenove atendimentos nesse período. Em abril de 1998, houve piora clínica importante, com quadro de dispnéia aos médios esforços, tendo sido repetido o ecocardiograma. Este último exame mostrou piora da seqüela reumática em válvula mitral com insuficiência mitral importante e sinais ecográficos sugestivos de ruptura de cordoalhas tendíneas, insuficiência tricúspide leve e insuficiência aórtica discreta. Levado o caso a discussão com a equipe de cirurgia cardiovascular da Santa Casa, foi indicado troca da válvula mitra. Foi, então, realizada reunião com a família para conscientizá-la da necessidade absoluta do tratamento cirúrgico. Após a anuência dos familiares, ^(Z) [REDACTED] foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Cardiovascular da Santa Casa, sendo internada em 19 de maio de 1998, para submeter-se à troca de válvula mitral, tendo sido realizada a cirurgia em 25 de maio de 1998, conforme relatório anexo da Cirurgia Cardiovascular."

R

6



3- Resumo do Relatório cirúrgico

"Técnica cirúrgica: Esternotomia mediana, canulação das cavas e aorta; colocação de circulação extracorpórea; parada cardíaca; atriotomia esquerda, átrio esquerdo aumentado, valva mitral com severa insuficiência, substituída por bioprótese,; testado a bioprótese com soro fisiológico sob pressão, mostrando bom funcionamento. Atriotomia esquerda; desclampado a Aorta; saída da parada cardíaca espontaneamente; ritmo regular sinusal,; parada da circulação extracorpórea; retiradas cânulas; revisão de hemostasia; fios de marca passo no VE; fechamento do mediastino e fechamento por planos.

Tempo de parada cardíaca: 50 minutos;

Tempo de circulação extracorpórea: 65 minutos;

Encaminhada do bloco cirúrgico para o C.T.I. infantil com respiração controlada; Entubada; PIA: 90; ritmo e frequência cardíaca sinusal; 120 batidas por minuto; temperatura de 36,2° C.

Conclusão: Cirurgia transcorreu sem anormalidades e a paciente foi encaminhada ao C.T.I. infantil em boas condições hemodinâmicas.

Assinado: Dr. [Redacted], Chefe do Serviço de Cirurgia cardiovascular." (j)

Segundo se apurou de forma indireta, consultando-se:

- Relatório da Sindicância nº 2486-85/99, do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, assinado pelo Sindicante Roberto Marini Ladeira (folhas 15/30 dos autos);



- 588
298
7
- Relatório do Exame de Corpo de Delito - Parecer Médico Legal da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Minas Gerais, realizado em 10.02.1999, assinado pelos legistas: Doutor Wagner F. Moreira Silva e Doutora Leda Tereza de M. Lapertosa (folhas 91/93 dos autos);
 - Complementação do Exame de Corpo de Delito, assinado pelos legistas: Doutor Wagner F. Moreira Silva e Doutora Leda Tereza de M. Lapertosa (Folhas 109/110 dos autos);
 - Exame de Corpo de Delito – Parecer Médico Legal, realizado em 04.01.2000, assinado pelos legistas: Doutor Estevão Ferreira Leite e Doutora Leda Tereza de M. Lapertosa (folhas 127/129 dos autos);
 - Parecer técnico do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, realizado em 06.04.2000, assinado pelo Doutor Ernane José da Costa, CRMMG: 22218;
 - Exame de Corpo de Delito – Parecer Médico Legal, realizado em 22.08.2000, assinado pelos legistas: Doutor Estevão Ferreira Leite e Doutora Leda Tereza de M. Lapertosa (folhas 1155/160 dos autos);
 - Relatório emitido pelos Coordenadores do C.T.I., Doutor [REDACTED] e Doutora [REDACTED] (folhas 45/46 dos autos);

Todos os documentos acima citados confirmam os acontecimentos sem haver qualquer indício de discrepância de informações e datas entre eles.

Em resumo depreende-se:

A menor [REDACTED], foi submetida à cirurgia para troca de válvula mitral na manhã do dia 25 de maio de 1998, ato sem intercorrência, sendo transferida, em seguida, para o C.T.I. infantil, onde deu entrada à 12:50

589
C. S.

horas, proveniente do Bloco Cirúrgico. Apresentava-se sob efeito anestésico, vasoconstrita, hipotérmica, com PIA: 65 e PVC: 12. Colocada em respirador de volume, foi ligada soroterapia, iniciado antibiótico profilático e colhidos exames de rotina de pós-operatório cardíaco.

Evoluiu, a partir da primeira hora de pós-operatório, com Síndrome de Baixo Débito, recebendo correção volêmica com soro fisiológico, plasma fresco e concentrado de hemácias. Na décima hora de pós-operatório, já com a volemia corrigida, (PVC:14), ainda apresentava sinais de baixo débito com queda da PIA (5) e taquicardia. Foi então, iniciado uso de Dopamina e Dobutamina, evoluiu após as aminas, ainda com sinais de instabilidade hemodinâmica, mantendo a pressão arterial divergente, 113/45 mmHg, e PVC: 10 e taquicardia.

Na décima quarta hora de pós-operatório, apresentou queda súbita da frequência cardíaca e da saturação de oxigênio, apresentou sudorese generalizada e hipotermia seguida de parada cardio-respiratória, sendo reanimada com massagem cardíaca externa, ventilação manual com pressão positiva e Adrenalina (quatro doses) e aumento da dosagem de Dobutamina. Feita nova correção volêmica, houve reversão do quadro após mais ou menos 15 minutos. Apresentou na seqüência, frequência cardíaca 178 batidas por minuto, PIA: 3, PVC: 4 e eletrocardiograma mostrou sinais de isquemia miocárdica.

Evoluiu com maior estabilidade hemodinâmica nesse primeiro dia de pós-operatório, às custas de aminas, porém, mantinha o quadro de depressão de consciência, sendo suspensa a sedação para uma melhor avaliação neurológica.

No segundo dia de pós-operatório, foi avaliada por neurologista, já sem sedação e apresentava-se em coma Gsgow 6 – Sem abertura ocular, sem resposta verbal, resposta motora com retirada, ao estímulo doloroso, dos quatro

590
9

membros. Não havia sinais de déficit motor focal, apresentava pupilas isocóricas e fotoreativas. O reflexo corneano estava preservado e os reflexos osteo-tendinosos hipoativos e simétricos. O sinal de Babinski estava ausente. Do ponto de vista hemodinâmico, encontrava-se estável tolerando a redução gradativa das aminas. Foi programada tomografia do encéfalo assim que houvesse condições clínicas para a sua realização.

No terceiro dia de pós-operatório, mantinha quadro de coma Glasgow 6 e estabilidade hemodinâmica, evoluiu com crises convulsivas Tónico-clônicas de membros superiores que cederam com uso de anticonvulsivante. Apresentou quadro febril persistente e secreção purulenta no tubo naso-traqueal. Colhido material para análise, foi iniciado antibioticoterapia.

No quarto dia de pós-operatório evoluiu com derrame pericárdico, suspeitado pela presença de bulhas hipofonéticas, e aumento da área cardíaca aos Raios X, suspeitas essas confirmadas por ecocardiograma. Drenado cirurgicamente o referido derrame, manteve, para estabilidade hemodinâmica, dependência de aminas. Apresentava crises convulsivas persistentes a despeito do uso de anticonvulsivantes.

Nos dias subseqüentes, evoluiu com estabilidade hemodinâmica, tolerando a retirada progressiva de Dobutamina. Realizou Tomografia cerebral em 05 de junho de 1998, que resultou normal. Extubada no dia 07 de junho de 1998, no 14º dia de pós-operatório, recebeu alta do C.T.I. no dia 16 de junho de 1998 em uso de Digoxina, Furosemida, Fenobarbital, Epiteza e dieta por sonda naso-gástrica.

Readmitida no C.T. I. no dia 17 de junho de 1998, devido à piora infecciosa, porém manteve estabilidade hemodinâmica. Evoluiu nos dias subseqüentes com melhora progressiva do padrão respiratório e mantendo a seqüela neurológica.



10

Segundo transcrição do prontuário médico hospitalar confido nas folhas 559/560, depreende-se:

Dia 26.05.1998: primeiro dia de pós-operatório

3:50 horas: Avaliação do intensivista: "Criança com bradicardia, cianose generalizada, hipotensão, sudorética, evoluiu com parada cardíaca, sendo necessária massagem cardíaca externa... Houve reversão do quadro após mais ou menos 15 minutos".

9:00 horas: Avaliação do intensivista: "Ao exame: sedada (bolus +/- 4 horas), pupilas mióticas, isocóricas, e reativas, reflexo de retirada de membros ao estímulo doloroso..."

14:30 horas: Avaliação do intensivista: "olhos abertos – Não contactua"

20:30 horas: Avaliação do intensivista: "Sem nenhuma sedação, criança com depressão do estado de consciência. Apresenta agitação à manipulação"

Dia 27.06.1998: Segundo dia de pós-operatório

Avaliação do neurologista: "No momento encontra-se em ventilação mecânica assistida e controlada, estado comatoso (Glasgow 6). Sem abertura ocular, sem resposta verbal, resposta motora com retirada ao estímulo doloroso dos quatro membros, sem déficit motor focal."

10:25 horas: Avaliação do intensivista: ^② [REDACTED] 13 anos, 37 Kg, está evoluindo desde a parada cardio-respiratória com quadro comatoso Glasgow 6, ontem

10

R

poliúria, estabilidade hemodinâmica com drogas. Ao exame físico: Abertura
Ocular: 1; Resposta Verbal: 1; Resposta Motora: 4 (Glasgow 6).”

592
CWS
11

Dia 28.05.1998: Terceiro dia de pós-operatório

10:30 horas: Avaliação do intensivista: “Ao aspirar a cavidade oral, fez hiper extensão de membros, hidratada, acianótica, anictérica, hipocorada leve, afebril, abertura ocular ao estímulo doloroso... Glasgow 6→7 → 9”

15:00 horas: Avaliação da pediatria: “Ao exame, hiper extensão ao manuseio. Durante exame, foi presenciada crise convulsiva com movimentos Tônico-clônicos de membros superiores que duraram +/- 4 minutos. Feito “bolus” de **Dormonid®** e **Hidantal®**, Repetido “bolus” de **Dormonid®**, pois reapresentou os movimentos rítmicos tônico-clônicos em membro inferior esquerdo. Apresenta sinal de Babinski muito hiperativos, pupilas isocóricas e reativas. Parece piscar ocasionalmente ao estímulo doloroso. Não visualizado déficit focal. Impressão diagnóstica: Acidente vascular cerebral em consequência de parada cardio-respiratória; convulsões secundárias; seqüela neurológica em evolução”

Dia 29.05.1998: quarto dia de pós-operatório

Avaliação do intensivista : “Não responde ao comando verbal, apenas com reflexos de tosse, hidratada, corada, acianótica, afebril. 37°C”

14:50 horas: Avaliação do intensivista: “Convulsão tônica focal braço e mão”



593
C. S.

20:30 horas: Avaliação do intensivista: "Criança grave, evoluindo com queda da frequência cardíaca após drenagem pericárdica. Ao exame: Comatosa, pouco reativa"

Dia 30.05.1998: Quinto dia de pós-operatório

Avaliação do intensivista: "Comatosa, com movimentos espontâneos de membros inferiores... Pupilas fotoreativas, isocóricas, reage à dor com rotação interna dos membros inferiores"

31.05.1998: sexto dia de pós-operatório

10:00 horas: Avaliação do intensivista: "...Não responde ao comando verbal..."

Dia 01.06.1998: sétimo dia de pós-operatório

8:50 horas: Fisioterapia: ² [redacted] está em ventilação mecânica, sem reagir ao manuseio, com expressão facial de dor ao manuseio"

17:30 horas: Avaliação do intensivista: "impressão diagnóstica: Coma glasgow 6"

Dia 02.06.1998: oitavo dia de pós-operatório

Avaliação neurológica: "Ao exame encontra-se em ventilação mecânica, comatosa, (Glasgow 6), com reflexo corneano preservado, pupilas isocóricas e

[Handwritten signature]

594
13
fotoreativas, ausência de resposta verbal, ausência de abertura ocular, responde ao estímulo doloroso com retirada dos quatro membros”

17:00 horas: Avaliação do intensivista: “Suspendi Dobutamina às 16:45 horas, assim como sedação... Avaliaremos também resposta neurológica após algumas horas de suspensão de sedação...”

22:00 horas: Avaliação do intensivista: “Comatosa glasgow 7→abertura ocular com estímulo algico + sem resposta verbal + flexão inespecífica”

Dia 03.06.1998: Nono dia de pós-operatório

10:30 horas: Avaliação do intensivista: “...Mantendo quadro comatoso sem reação ao estímulo doloroso, pupilas fotoreativas, pupila direita discretamente midriática.”

Avaliação neurológica: “Sem abertura ocular espontânea ou a estímulo. Movimenta os quatro membros ao estímulo doloroso. Reflexos osteo-tendíneos hipoativos. Babinski positivo à esquerda.”

21:00 horas:

Avaliação do intensivista: “Criança sem sedativos. Coma Glasgow 7→8...”

Dia 04.06.1998: décimo dia de pós-operatório

9:30 horas: Avaliação do intensivista: 10º dia de pós-operatório de troca mitral. Evoluiu com parada cardio-respiratória → Acidente vascular cerebral → infarto agudo do miocárdio → derrame pericárdico leve/moderado.



Encontra-se em coma glasgow 6→7

Febre intermitente→37,5° →37,7°c

Criança responde com retirada de membros inferiores → flexão durante o banho, não observei abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas, fotoreativas, localiza estímulo doloroso.



14

"Escala de Glasgow: Abertura ocular: 1; Resposta verbal: 1; Localização de dor: 5 - total: 7

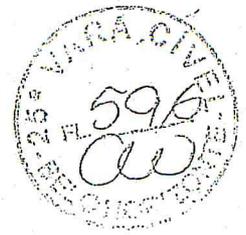
Entrevista com o Senhor

pai da paciente

(X₁)

Em entrevista com o Senhor [redacted], realizada no dia 15 de fevereiro de 2005, à Avenida Augusto de Lima, 1376, sala 905, às 18:00 horas, com a presença da assistente técnica do réu, foi consultado a respeito da reunião para decisão da cirurgia proposta para a Menor [redacted], foi-lhe perguntado se haviam sido informados da necessidade absoluta da cirurgia e se foram informados dos riscos das cirurgias cardíacas, suas possíveis conseqüências indesejáveis, possibilidade da ocorrência de acidentes cerebrais, infecções hospitalares e outras complicações possíveis daquele ato. Respondeu que somente lhes foi dito que a cirurgia era absolutamente necessária, por que o coração de sua filha estava crescendo e o sangue não estava sendo bem bombeado e que seria colocada uma válvula que ajudaria a circulação do sangue, sem a qual a menor não teria vida normal em futuro breve. Informou que a Doutora [redacted] disse-lhes que havia risco durante o ato cirúrgico e que passado à cirurgia tudo correria bem. Que as chances de sucesso eram de 99%. Informou que não foram claramente avisados dos riscos inerentes ao ato cirúrgico e do pós-operatório perpetrado.





15

Comentários Médicos Forenses e conclusão:

Segundo o emérito Professor de Direito Médico e Medicina Legal, Dr., Genival Veloso França, no capítulo X, "Responsabilidade Médica" de sua preciosa obra "Direito Médico", 7ª edição, Editado pela Fundação BYK, P 245/254, preleciona:

"...Em qualquer forma de avaliação sobre responsabilidade profissional do médico, seja no âmbito ético ou legal, não se pode deixar de levar em conta os

DEVERES DE CONDUTA DO MÉDICO:

- 1- Dever de informação;**
- 2-Dever de Vigilância;**
- 3-Dever de atualização;**
- 4-Dever de abstenção de abuso.**

1- Dever de informação: São todos os esclarecimentos necessários e devidos na relação médico-paciente e que se consideram como incondicionais e obrigatórios tais como: métodos, técnicas, drogas utilizadas, tipos de anestésias, duração do procedimento, riscos inerentes, sobrepostos, complicações mais freqüentes e mesmo as mais raras..."

597
16

2- Dever de vigilância: O ato médico quando avaliado na sua integridade e licitude, deve estar isento de qualquer tipo de omissão que venha a ser caracterizada por inércia, passividade ou descaso. Essa omissão tanto pode ser pelo abandono do paciente, como por restrição do tratamento ou retardo no encaminhamento necessário. É omissor do dever de vigilância o médico que inobserva os reclamos de cada circunstância, concorrendo para a não realização do tratamento necessário.

A forma mais comum de negligência é o abandono do paciente. Uma vez estabelecida a relação contratual médico-paciente, a obrigação de continuidade do tratamento é absoluta, a não ser em situações especiais, como no acordo mútuo ou por motivo de força maior. O conceito de abandono deve ficar bem claro, como no caso em que o médico é certificado de que o paciente ainda necessita de assistência, e mesmo assim, deixa de atendê-lo.

3- Dever de atualização: O regular exercício profissional do médico não requer apenas uma habilitação legal. Implica também o aprimoramento continuado adquirido através dos conhecimentos mais recentes de sua profissão no que se refere às técnicas de exame e aos meios de tratamento.

598 (1)
4- Dever de abstenção de abuso: Quando da avaliação do dano produzido por um ato médico, deve ficar claro, entre outros, se o profissional agiu com a cautela devida e, portanto, descaracterizada de precipitação, inoportunismo ou insensatez. Isso porque a norma penal relativa aos atos culposos exige das pessoas o cumprimento de certas regras cuja finalidade é evitar danos aos bens jurídicos protegidos. Exceder na terapêutica ou nos meios propedêuticos mais arriscados é uma forma de desvio do poder e, se o dano deveu-se a isso, não há porque negar a responsabilidade profissional.

Segundo Goldman & Bennett, em sua obra "Cecil Tratado de Medicina interna", 21 edição de 2001, segundo volume, capítulo 444, define o coma comó sendo:

"Estado semelhante ao sono, do qual o paciente não pode ser despertado. É semelhante ao sono no fato de que os olhos ficam fechados e assim permanecem apesar de vigorosa estimulação."

No coma conseqüente à parada cardíaca, o prognóstico de uma boa recuperação pode ser determinado pelos sinais clínicos. O paciente, vítima de parada cardíaca sem complicações de

599
C

18

convulsões, o retorno da atividade pupilar e dos movimentos motores voluntários nas primeiras 72 horas são altamente correlacionados a um resultado favorável, entretanto são relatadas raras recuperações tardias.

A isquemia cerebral difusa prolongada tem conseqüências devastadoras. A causa mais comum é a assistolia cardíaca (parada cardíaca). Esta hipóxia-isquêmica difusa destrói, tipicamente, neurônios do Hipocampo, células de Purkinje cerebelares, estriado e as camadas corticais 3,4,e 6. Clinicamente resulta em inconsciência, coma seguido muitas vezes de estado vegetativo com olhos abertos. Se os pacientes não recuperarem a consciência em dois a três dias, o prognóstico de retorno de função independente será sombrio.
(Marcação e grifos nossos).

Além dos esforços imediatos e agressivos para restaurar a circulação cardiovascular, nenhum tratamento comprovadamente auxilia os pacientes comatosos após uma parada cardíaca."

Q

600
19

Ainda segundo Goldman & Bennett, em sua obra "Cecil Tratado de Medicina interna", 21 edição de 2001, primeiro volume, capítulo 63, **Valvulopatia Cardíaca**, define desta maneira a estenose mitral:

"Estenose Mitral:

(Estenose: estreitamento de qualquer canal ou orifício)

*Etiologia: Em quase todos os casos de estenose mitral adquirida, a causa é a cardiopatia reumática... A estenose mitral é três vezes mais comum nas mulheres... Os pacientes com estenose mitral podem permanecer assintomáticos até que a área valvular fique reduzida à cerca de um terço de seu tamanho normal. A partir daí, surgem sinais e sintomas típicos de insuficiência esquerda com aparecimento de **dispnéia ao esforço**, ortopneia e **dispnéia paroxística noturna**. À medida que a doença evolui, podem surgir sinais e sintomas de **insuficiência direita**... O ecocardiograma produz excelentes imagens da válvula mitral, sendo o elemento diagnóstico mais importante para a confirmação da doença, seu grau de comprometimento e evolução, com grau de acurácia próximo de 100%. Serve também para definir qual procedimento mecânico mais adequado para o caso... Os pacientes assintomáticos devem ser tratados clinicamente com diuréticos. Agravando-se os sintomas, atingindo uma intensidade além de discreta, é preferível a correção mecânica da estenose no lugar da terapia clínica, porque a intervenção mecânica melhora a*

601
20

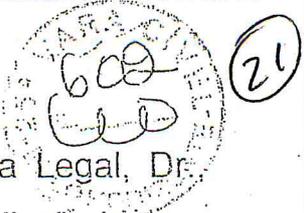
longevidade e a qualidade de vida dos pacientes com sintomas graves... A terapia mecânica pode ser realizada com excelentes resultados, através de procedimento chamado: valvulotomia percutânea por balão ou substituição da válvula por prótese que pode ser metálica ou biológica..."

Da análise da conduta médica perpetrada pela Doutora Maria da Gloria Cruvinel Horta:

1- Doutora ^a [REDACTED]

² A referida Doutora ^a acompanhou a evolução da doença da menor [REDACTED] desde os seis anos de idade, quando apresentou quadro de cardite reumática com comprometimento importante da válvula mitral. Desde então monitorou a evolução da doença, em consultas regulares, sendo realizadas também avaliações por raios x, eletrocardiogramas e ecodopllercardiografia.

A criança manteve-se estável até início de 1998, quando começou a sentir falta de ar aos médios esforços. No Ecodopllercardiograma realizado em abril de 1998, mostrou grave comprometimento da válvula mitral e suspeita de ruptura de cordoalha tendínea que ensejava correção mecânica com a substituição da válvula mitral.



Segundo o emérito Professor de Direito Médico e Medicina Legal, Dr. Genival Veloso França, no capítulo X, "Responsabilidade Médica" de sua preciosa obra "Direito Médico", 7ª edição, Editado pela Fundação BYK, P 245/254, preleciona:

"...Em qualquer forma de avaliação sobre responsabilidade profissional do médico, seja no âmbito ético ou legal, não se pode deixar de levar em conta os

DEVERES DE CONDUTA DO MÉDICO:

- 1- Dever de informação;**
- 2- Dever de Vigilância;**
- 3- Dever de atualização;**
- 4- Dever de abstenção de abuso.**

Portanto, pode-se concluir que não houve falha no cumprimento do "Dever de vigilância, Dever de atualização e do Dever de abstenção de abuso" por parte da Doutora [REDACTED], quando indicou corretamente a substituição da válvula mitral deteriorada.

Dever de Informação:

Cabe ao médico informar ao paciente ou seu responsável, toda a proposta de tratamento, os métodos utilizados, os riscos do procedimento e as complicações possíveis, para obter o **Consentimento autorizado**.

No relatório emitido pela Doutora [REDACTED], consta que:

"...Foi, então, realizada reunião com a família para conscientizá-la da necessidade absoluta do tratamento cirúrgico. Após a anuência dos familiares, [REDACTED] foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Cardiovascular da Santa Casa para preparo da cirurgia..."

603 (22)

Em entrevista com o pai de (2), no dia 25 de fevereiro de 2005, pudemos constatar que realmente foram chamados para reunião com a Doutora (2). Neste dia receberam várias informações a respeito do caso e foram informados da necessidade da cirurgia. Foram avisados dos riscos e que as chances de sucesso giravam em torno de 99% (sic).

Diante dos fatos, a despeito da ausência do **Consentimento Esclarecido** reduzido a termos, houve, no entendimento deste perito, a devida informação a respeito do caso e obtido a anuência dos pais para a realização do procedimento proposto. Portanto, não houve falha no "DEVER DE INFORMAÇÃO" por parte da Doutora (2).

Da análise da conduta médica perpetrada pelos médicos do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte:

2- Corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

A menor (2) foi submetida à cirurgia de troca de válvula mitral na manhã de 25 de maio de 1998. O ato cirúrgico transcorreu sem anormalidades. Ao seu término, foi imediatamente transferida para o C.T.I. pediátrico, dando entrada à 12:50 horas, para os procedimentos de rotina em pós-operatório desta natureza.

Segundo se apurou, logo na primeira hora de pós-operatório, já apresentava sinais de comprometimento do funcionamento cardíaco,

604
GUB
(23)

caracterizado pelos sinais clínicos de baixo débito. Foi prontamente tratada com os métodos preconizados pela prática médica mais atualizada.

Na décima hora de pós-operatório, ainda apresentava sinais de baixo débito e mesmo corretamente e prontamente medicada, cursou com sinais de instabilidade hemodinâmica.

Na décima quarta hora de pós-operatório, apresentou queda súbita da frequência cardíaca e da saturação de oxigênio, surgiu sudorese generalizada e hipotermia seguida de parada cardio-respiratória. Foi reanimada utilizando-se da técnica preconizada, **houve reversão do quadro após mais ou menos 15 minutos.** Mantinha o quadro de depressão de consciência, sendo suspensa a sedação para uma melhor avaliação neurológica.

No segundo dia de pós-operatório, foi avaliada por neurologista, já sem sedação e apresentava-se em coma Gasgow 6 – Sem abertura ocular, sem resposta verbal, resposta motora com retirada, ao estímulo doloroso, dos quatro membros.

No terceiro dia de pós-operatório, mantinha quadro de coma Glasgow 6, estabilidade hemodinâmica e estava afebril, quando durante exame pediátrico, apresentou crises convulsivas Tônico-clônicas de membros superiores que cederam com uso de anticonvulsivante.

Posteriormente, apresentou quadro febril persistente e secreção purulenta no tubo naso-traqueal. Colhido material para análise e constatado processo broncopneumônico em curso a partir de terceiro dia de pós-operatório, procedeu-se a tratamento desta enfermidade utilizando-se de antibióticos de última geração.

Devido ao quadro clínico de baixo débito desde a primeira hora de pós-operatório, agravado pela parada cardio-respiratória prolongada ocorrida às 14 horas do pós-operatório, que resultou em sofrimento agudo e importante do cérebro, levando a estado de coma, a menor [REDACTED] passou a necessitar, por

tempo prolongado, de respiração artificial, acessos venosos e sonda nasogástrica, aumentando a possibilidade de ocorrência de infecção hospitalar.



Como de fato ocorreu, a pneumonia, constatada a partir do terceiro dia de pós-operatório, está claramente caracterizada como pneumonia devido à infecção hospitalar, todavia, não foi ela a causa da lesão cerebral.

Portanto, conclui-se que não houve falha no cumprimento dos **Deveres de Conduta do Médico**, quais sejam: Dever de informação, Dever de Vigilância, Dever de Atualização e Dever de abstenção de abuso, por parte do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Mesmo estando claramente caracterizada a ocorrência de pneumonia por infecção hospitalar, a mesma não guarda nexo de causalidade com a seqüela neurológica apresentada pela autora [REDACTED]

(2)

Observações do perito:

Na inicial, o autor alegou que: *"... Afora a doença cardíaca, a autora tinha uma vida saudável e promissora..."*

Na análise dos antecedentes da autora, este perito constatou, fartamente documentado, que o quadro cardiológico da autora inspirava cuidados intensivos e tratamento cirúrgico com troca da válvula mitral, aí sim, para devolver a qualidade de vida e um estado próximo da normalidade, portanto, o tratamento proposto foi o mais adequado para o caso.

606
C. T. I.
(25)

Continua a inicial alegando que: *"a cirurgia havia transcorrido normalmente e que, em virtude de complicações pós-operatórias, a paciente foi levada ao C.T.I. do mesmo hospital..."*

Segundo o protocolo de procedimentos em pós-operatório de cirurgia cardíaca, logo após o término do ato cirúrgico, os pacientes devem ser levados ao C.T.I., para acompanhamento em regime intensivo, pois, as primeiras 72 horas de pós-operatório são mais susceptíveis de complicações inerentes desses atos.

Segundo se apurou, a ⁽²⁾ [REDACTED] não foi levada ao C.T.I após ocorrência de complicações, como afirmou a inicial. A Raquel foi levada ao C.T.I. logo após o término da cirurgia, atendendo ao protocolo científico e desde a primeira hora de pós-operatório, já no C.T.I., apresentava sinais de baixo débito cardíaco.

Continua a inicial alegando que *"...os laudos e os depoimentos colhidos nos referidos processos não se prestaram a esclarecer a causa da lesão cerebral da paciente. Há informações obscuras e controvertidas em diversos aspectos e dados relevantes que foram omitidos..."*

O perito, após analisar e estudar minuciosamente e cuidadosamente os documentos acostados, não encontrou controvérsias, ou dados relevantes obscuros.

Houve, sim, total consonância com o apurado pelo Conselho Regional de Medicina, Ministério Público e Instituto de Medicina Legal.

As conclusões emanadas neste laudo não diferem em seu conteúdo, dos demais laudos anteriormente produzidos.

(26)
BOA
CW

Mais adiante, ainda na inicial, o autor pede que: "... se aprofunde na questão relevante, qual seja, a infecção hospitalar e suas conseqüências, que no seu entendimento, deu causa à lesão cerebral..."

Após as diligências periciais, não restou qualquer dúvida técnica quanto à causa da lesão cerebral, que está também fartamente noticiada nos laudos precedentes, acostados aos autos do processo.

Continua a inicial com as seguintes alegações: "...embora Entubada, a menor comunicava-se com as visitas (seus pais, vizinhos e amigos) por meio de sinais com os olhos, membros superiores e inferiores (cabeça, braços, mãos, pernas e pés), sempre respondendo com sinais... Após quinze dias de C.T.I., já não se comunicava com seus pais e com as visitas, como fizera nos primeiros dias de internação no C.T.I.. O longo período de febre alta e constante, causou não apenas os sintomas de convulsões, mas, sobretudo, a lesão cerebral..

A parada cardio-respiratória na 14ª hora do primeiro dia de pós-operatório, produziu como seqüela: Estado de coma classificado como Glasgow 6, que significa ausência de resposta ocular e verbal e resposta do tipo retirada do membro pesquisado, quando estimulado com dor. Em nenhum momento, desde a parada cardio-pulmonar, houve qualquer resposta aos estímulos auditivos e visuais, não sendo possível, em hipótese nenhuma, a comunicação alegada.

(26)

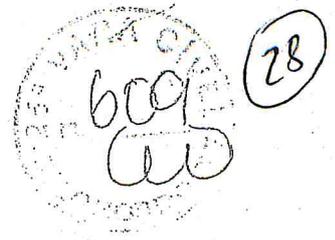
Conclusão:

Com base nos elementos e fatos expostos e minuciosamente analisados, conclui-se :

1- Há nexos de causalidade entre a seqüela neurológica caracterizada por quadro de paralisia cerebral e a parada cardíaca ocorrida na décima quarta hora do primeiro dia de pós-operatório.

2- Ocorreu pneumonia por infecção hospitalar, constatada a partir do terceiro dia de pós-operatório, portanto, não guarda nexos de causalidade e nem contribuiu para agravo da lesão neurológica constatada.

3- Não foram observados descumprimentos dos Deveres de conduta dos profissionais médicos do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, por ocasião do atendimento à menor [REDACTED], durante o período de sua internação, compreendido entre os dias 19 de maio de 1998 a 24 de novembro de 1999.



Quesitos dos denunciados:

1- Sr. Perito teve acesso a todos os documentos dos autos e/ou outros exames/documentos necessários à realização do laudo pericial?

Resposta: Sim.

2- Pode informar em que consiste a doença reumática aguda, a insuficiência cardíaca, a cardite reumática e a insuficiência mitral diagnosticadas na Autora?

Resposta: Gentileza se reportar ao corpo do Laudo Médico Forense, nos Comentários Médico-Forenses.

3- Pode informar se a Autora apresentou lesão da valva mitral? Explicar.

Resposta: Sim, gentileza se reportar ao corpo do Laudo médico Forense.

4- Qual era o quadro clínico da Autora quando foi indicada a cirurgia?

Resposta: Apresentava insuficiência mitral com grave comprometimento funcional e suspeita de ruptura de cordoalha tendínea.

5- Pode informar se havia indicação para o procedimento que foi realizado? Explicar

Resposta: Sim. Gentileza se reportar ao Laudo Médico Forense.

6- De acordo com a documentação médica, pode informar em que consistiu o procedimento cirúrgico da Autora?

Resposta: Troca de válvula mitral por bioprótese. A descrição do ato cirúrgico encontra-se na folha 6 do Laudo Médico Forense.

7- Pode o Sr. Perito descrever qual a participação de cada Réu no atendimento feito à Autora, especialmente o Réu [REDACTED] e [REDACTED] no dia do evento danoso? (b) (c) (29)

Resposta: Não foram observados descumprimentos com os Deveres de conduta dos profissionais médicos do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, por ocasião do atendimento à Menor [REDACTED] [REDACTED], durante o período de sua internação, compreendido entre os dias 19 de maio de 1998 a 24 de novembro de 1999. (2)

8- De acordo com a documentação médica apresentada, pode informar se consta que o réu [REDACTED] e [REDACTED] praticaram algum ato médico na Autora nos dias 24 a 27/05/98? Explicar. (b) (c)

Resposta: Segundo documentação acostada, ambos os profissionais encontravam-se fora da cidade, em congresso médico.

9- Pode informar se houve alguma intercorrência durante o procedimento cirúrgico?

Resposta: Não consta intercorrência durante o ato cirúrgico.

10- Qual foi a evolução clínica da Autora após a cirurgia?

Resposta: Gentileza se reportar ao Laudo Médico Forense, folhas 7,8 e 9.

11- O tipo de complicação apresentada pela Autora pode ter relação com a doença pré-existente? Explicar.

Resposta: Sim. A valvulopatia mitral reumática tende a evoluir para um quadro de insuficiência mitral progressiva que provoca dilatação do ventrículo esquerdo e posteriormente também do ventrículo direito. Estas

alterações, num pós-operatório de cirurgia cardíaca, podem desencadear um quadro clínico-patológico conhecido como síndrome do baixo débito que, freqüentemente, leva a parada cardio-respiratória, como no caso em tela.

12- Pode informar se a Autora apresentou parada cardíaca dentro do CTI? A parada cardíaca pode deixar seqüelas? Explicar.

Resposta: Sim. A parada cardíaca ocorreu na décima quarta hora do primeiro dia de pós-operatório, estando a autora internada no C.T.I. desde o término da cirurgia.

13- Quando ocorreu a parada cardíaca, a autora recebeu atendimento indicado? Explicar.

Resposta: Sim. O procedimento adotado para o socorro ao incidente obedeceu ao preconizado pela literatura pertinente.

14- Qual o tipo de seqüela apresentada pela Autora?

Resposta: Paralisia cerebral após período de hipóxia durante parada cardíaca.

15- Há meios de determinar com precisão quando ocorreu tal seqüela? Explicar.

Resposta: Sim. A lesão cerebral ocorreu durante os quinze minutos de parada cardio-respiratória, ou seja, durante o período em que o coração parou de bater, ocorrido na décima quarta hora do primeiro dia de pós-operatório.

16- Qual a causa de tal seqüela?



31

Resposta: Ausência de oxigênio por tempo superior a cinco minutos para as células do cérebro.

17- Em que consiste a infecção hospitalar?

Resposta: Infecção Hospitalar é toda infecção adquirida em ambiente hospitalar.

18- A infecção hospitalar pode ocorrer mesmo sendo tomados todos os cuidados? Explicar.

Resposta: Sim. Mesmo sendo adotadas todas as medidas preconizadas, ainda assim podem ocorrer infecções hospitalares.

19- De acordo com os sintomas e sinais apresentados pela Autora no pós-operatório, pode informar se as prescrições das medicações estavam corretas? Explicar.

Resposta: Sim, todas as medidas adotadas seguiram o protocolo preconizado.

20- De acordo com a documentação, os médicos deixaram de atender o disposto na literatura médica durante o atendimento da Autora? Explicar.

Resposta: Não. Gentileza se reportar ao corpo do Laudo Médico Forense.

21- Queira prestar outros esclarecimentos que julgue necessários ao deslinde da questão discutida nestes autos, levando-se em consideração especialmente às alegações da inicial e da contestação.

Resposta: O perito julga ter sido esclarecedor em seu Laudo Médico Forense.

31

613
aw
32

Quesitos do Réu

1- Queira o Sr. Perito informar se a periciada foi adequadamente identificada ao exame pericial?

Resposta: Sim.

2- O Sr. Perito teve acesso aos autos e a todos os documentos que entendeu necessários ao exame do caso, incluindo os documentos prontuários médico-hospitalares da periciada?

Resposta: Sim. O Perito teve acesso a todos os documentos necessários à realização do seu Laudo Clínico Forense.

3- Favor informar se de acordo com o prontuário médico, a cirurgia realizada, na periciada, em 25 de maio de 1998, transcorreu normalmente?

Resposta: Sim.

4- Queira o Sr. Perito informar se os médicos assistentes atuaram de forma independente no diagnóstico e tratamento cirúrgico da periciada, sem qualquer ingerência da Santa Casa?

Resposta: Sim.

5- É correto afirmar que, no atendimento à periciada, os médicos assistentes apenas utilizaram as instalações, os equipamentos e o corpo de enfermagem da Santa Casa?

Resposta: Sim.

[Handwritten mark]

614
CW

6- Favor informar o Sr. Perito se segundo o prontuário médico, foi pela categoria SUS que ocorreu a internação da periciada nas dependências da Santa Casa?

Resposta: Quesito impertinente.

7- Queira o Sr. Perito por quantos dias a paciente ficou internada na Santa Casa? E no Centro de Terapia Intensiva Pediátrico dessa Instituição?

Resposta: - De 19 de maio de 1998 a 24 de novembro de 1999.

- No C.T.I. estive de 25.05.1998 até 16.06.1998. Readmitida em 17.06.1998, permanecendo até 17.07.1998, recebendo alta para continuidade de tratamento em enfermaria.

8- Favor informar o Sr. Perito se é correto que, aproximadamente na 16ª hora do pós-operatório, a periciada apresentou parada cardíaca secundária à falência ventricular esquerda e síndrome de baixo débito?

Resposta: Segundo se apurou, a autora apresentou parada cardio-respiratória na décima quarta hora do primeiro dia do pós-operatório.

9- Informe o Sr. Perito se em consequência dessa parada cardíaca (apesar de prontamente atendida) a periciada desenvolveu seqüela neurológica e coma?

Resposta: Sim.

10- Queira o Sr. Perito informar quais são as evoluções clínicas possíveis após uma parada cardíaca ou cardio-respiratória?

Resposta: *"No coma conseqüente à parada cardíaca, o prognóstico de uma boa recuperação pode ser determinado pelos sinais clínicos. O paciente, vítima de parada cardíaca sem complicações de convulsões, o retorno da atividade*

Q

615
C.A. O. A. B.

pupilar e dos movimentos motores voluntários nas primeiras 72 horas: são altamente correlacionados a um resultado favorável, entretanto são relatadas raras recuperações tardias. A isquemia cerebral difusa prolongada tem conseqüências devastadoras. A causa mais comum é a assistolia cardíaca (parada cardíaca). Esta hipóxia-isquêmica (falta de oxigênio) difusa destrói, tipicamente, neurônios do Hipocampo, células de Purkinje cerebelares, estriado e as camadas corticais 3,4,e 6. Clinicamente resulta em inconsciência, coma seguido muitas vezes de estado vegetativo com olhos abertos. Se os pacientes não recuperarem a consciência em dois a três dias, o prognóstico de retorno de função independente será sombrio. Além dos esforços imediatos e agressivos para restaurar a circulação cardiovascular, nenhum tratamento comprovadamente auxilia os pacientes comatosos após uma parada cardíaca."

11- Mesmo com a observância de todas as normas e condutas técnicas adequadas, informe o Sr. Perito se podem advir complicações para o paciente? Quais?

Resposta: Vide resposta ao quesito 10 do réu.

12- Informe o Sr. Perito se lesões neurológicas com seqüelas são lesões passíveis de decorrerem de paradas cardio-respiratória, à despeito da aplicação de correta técnica de reanimação?

Resposta: Vide resposta ao quesito 10 do réu.

13- Queira informar o Sr. Perito se os Centros de Tratamento Intensivo são locais de contínua e ininterrupta atenção ao paciente?

Resposta: Os C.T.I. são construídos com esta finalidade.



14- Favor informar o Sr. Perito se os pacientes em coma podem apresentar alterações da deglutição e/ou disfunção dos reflexos das vias aéreas?

Resposta: Sim.

15- Favor informar o Sr. Perito se os pacientes com alterações de deglutição (por causa de doenças do sistema nervoso central ou desordens neurológicas, incluindo coma e seqüelas neurológicas) estão predispostos à doença respiratória (inclusive pneumonia) induzida por aspiração?

Resposta: Sim. Esta é uma causa freqüente de infecção hospitalar.

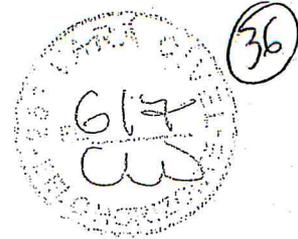
16- Favor informar o Sr. Perito se as alterações de deglutição e a depressão do nível de consciência secundária a coma e/ou seqüelas neurológicas podem ser incluídas entre os fatores do paciente que atuam na patogênese das pneumonias, inclusive em ambiente hospitalar?

Resposta: Sim.

17- Queira o Sr. Perito informar se é correto afirmar, de acordo com a literatura técnica, que as alterações abaixo citadas são alguns dos principais fatores de risco do hospedeiro (paciente) para o desenvolvimento de pneumonia hospitalar?

- mau estado nutricional,
- depressão do nível de consciência,
- disfunção dos reflexos das vias aéreas,
- coma,
- aspiração de conteúdo gástrico
- Entubação orotraqueal ou nasotraqueal ,

- ventilação mecânica,
- gravidade da doença.



Resposta: Todos estes fatores são contributivos para o desenvolvimento de infecção hospitalar.

- 18- Favor informar o Sr. Perito se é correto afirmar, de acordo com o prontuário médico, que já na madrugada (01:35h) do dia 29 de maio de 1998, foi iniciada a administração de antibiótico a periciada, a saber Amicacina e Cefpiroma?

Resposta: Sim.

- 19- De acordo com os documentos prontuários médicos da periciada, e cópias dos pareceres oficiais anexadas aos autos (parecer médico legal de fls. 90 a 93 e 126 a 129; e parecer técnico de fls. 137 a 139) favor informar o Sr. Perito se é correto que as seqüelas neurológicas da periciada decorreram da parada cardíaca sofrida pela mesma por volta da 16ª hora do pós-operatório?

Resposta: A parada cardio-respiratória ocorreu na décima quarta hora do primeiro dia de pós-operatório e foi em decorrência dela as seqüelas neurológicas observadas.

- 20- De acordo com a literatura técnica, as convulsões febris são crises convulsivas que ocorrem na vigência de febre, sem que haja indício de processo infeccioso do sistema nervoso central, nem história progressiva de crise convulsiva sem febre.

De acordo com o prontuário médico da periciada (entre outros, o documento folha de "Evolução Clínica" do dia 28 de maio de 1998, da Pediatria,

618
CUP

17:10 horas) favor informar o Sr. Perito se é que a mesma apresentou crise convulsiva mesmo na ausência de febre?

Resposta: Sim. Houve a constatação de crise convulsiva pela pediatra assistente, estando, a [REDACTED], sem febre naquele momento. As crises convulsivas apresentadas se deveram à lesão cerebral ocorrida após a parada cardíaca.

21- As convulsões febris "acontecem entre os seis meses e os seis anos de idade, mais comumente entre os 12 e os 18 meses, incidindo em 3 a 5% da população infantil." Favor informar o Sr. Perito é correto que a periciada já tinha 13 (treze) anos quando foi submetida a tratamento cirúrgico, na Santa Casa, em 25 de maio de 1998?

Resposta: Sim, a idade da autora, quando da internação para a cirurgia cardíaca, era de 13 anos.

22- Considerando a Escala de Coma de Glasgow e as informações transcritas abaixo:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Melhor resposta motora	(RM)
Pontuação	
Obedece a ordens	6
Localiza dor	5
Reage à dor com retira dos membros	4
Reage à dor com flexão dos membros	3
Reage à dor com extensão dos membros	2

Sem resposta	1	69 CS
Resposta Verbal (RV)		
Orientado	5	
Confuso	4	
Palavras inapropriadas	3	
Sons ininteligíveis	2	
Sem resposta	1	
Abertura dos Olhos (AO)		
Espontânea	4	
Sob comando verbal	3	
Após estímulo doloroso	2	
Sem resposta	1	

“Os extremos de variação da consciência são o alerta e o coma. O alerta é o estado normal, de pleno despertar, e coma é um estado de inconsciência sem resposta ao meio, em que nem sequer uma estimulação enérgica desperta o doente. A maioria dos autores também inclui o fato de que no coma os pacientes permanecem de olhos fechados. Vários termos imprecisos são utilizados, como sonolento, letárgico e comatoso. Todos tentam definir a grande variação existente nos graus de coma, que inclusive pode flutuar no dia-a-dia de cada enfermo. Assim, o mais preciso é descrever a maneira com que o paciente responde aos diversos estímulos, utilizando-se ou não de alguma das escalas existentes”.

“Caracteriza-se o coma pela perda da consciência e redução acentuada ou abolição total da sensibilidade e da mobilidade voluntária. Observam-se

690
39

amplas variações na intensidade com que ele se manifesta e sob esse ponto de vista descrevem-se quatro graus: I – Estado semicomatoso, em que a consciência de vez em quando se restabelece parcialmente e por alguns momentos. II – Embora não acorde nem atenda a ordens simples, o doente executa alguns movimentos, espontaneamente ou como resposta a estímulos dolorosos (injeção, por exemplo). III – Postura descerebrada (extensão rígida de braços – em pronação – e pernas), espontânea ou induzida pela dor. O reflexo pupilar pode manter-se. IV – Músculos flácidos e em completa inatividade. Indiferença aos estímulos dolorosos. Ausência de reflexos tendinosos profundos, reação pupilar e movimentos respiratórios espontâneos. O coma de grau I chama-se ainda letargia ou estupor. O de graus II designa-se também pelo nome de coma leve; os de graus III e IV recebem em conjunto a denominação de coma profundo. O coma pode regredir depois de alguns dias ou semanas, deixando ou não seqüelas neuropsíquicas de diferentes modalidades e graus (desordens motoras, convulsões, atraso mental). São particularmente graves (quanto à sobrevivência e às lesões residuais) os comas prolongados e os que atingem o grau IV”

Observação do perito: Não houve quesitação após a definição de coma citada acima.

- 23- Favor informar o Sr. Perito: de acordo com o prontuário médico (favor, reportar ao Anexo I) a periciada, após a parada cardíaca (16^a hora de pós-operatório) desenvolveu (e manteve posteriormente, de modo mais ou menos intenso) coma Glasgow 6, cujo score foi aferido assim (após exame da periciada pela Clínica Neurológica)?

691
retirada dos

- 1. Melhor resposta motora reage à dor com retirada dos membros..... + 4
- 2. Resposta verbal sem resposta+ 1
- 3. Abertura dos olhos sem resposta..... + 1
- 4. Escala de Coma de Glasgow total: 6

Resposta: Sim, após a parada cardio-respiratória, esteve todo tempo em coma classificado como: Glasgow 6.

24- Baseado nas informações supra, informe o Sr. Perito se é possível afirmar que a periciada, encontrando-se nas condições supra relatadas, ao ser abordada por membro da equipe multidisciplinar da Santa Casa, parentes, amigos, ou vizinhos, não abriria os olhos, não responderia, mas apenas reagiria a dor através de retirada de membros?

Resposta: No coma classificado como: Glasgow 6, não há resposta ocular a qualquer estímulo, não há qualquer resposta ao comando verbal e responde retirando o membro correspondente somente quando estimulado com dor.

25- Favor informar o Sr. Perito quais são as complicações pós-operatórias mais comuns de cirurgias cardíacas descritas na literatura técnica?

Resposta: Arritmia cardíaca, infartos, síndrome de baixo débito e parada cardíaca.

26- Apesar da aplicação de adequada técnica cirúrgica e adequados cuidados hospitalares, a disfunção ventricular esquerda, com síndrome de baixo débito e parada cardíaca são eventos possíveis no pós-operatório de correção cirúrgica de insuficiência mitral de grau severo?

629
a

Resposta: Sim

27- De acordo com a inicial, a periciada, logo antes de ser submetida à cirurgia de 25/05/98, contava, então com 13 anos de idade, 38 Kg de peso, e "tinha vida saudável". Pergunta-se ao Sr. Perito:

• Qual é a evolução natural dos pacientes portadores de seqüelas de febre reumática tais como insuficiência mitral de grau severo e insuficiência cardíaca?

• Resposta: A insuficiência mitral evolui para insuficiência ventricular esquerda e posteriormente para insuficiência ventricular direita.

• A literatura técnica descreve a recorrência de episódios de febre reumática aguda?

Resposta: Sim.

• É correto afirmar que a periciada fazia uso regular de medicação para tratamento de insuficiência cardíaca, a saber, Digoxina e Lasix (além de receber doses regulares de penicilina benzatina)?

Resposta: Sim.

• A periciada fazia controle médico periódico na Clínica Cardiológica da Santa Casa, Ambulatório Melo Alvarenga (foram 19 atendimentos no período de março de 1991 a abril de 1998) com realização, inclusive, de exames médicos complementares complexos anuais (tais como ecodopplercardiograma bidimensional a cores)?

Resposta: Assim afirmou o relatório emitido pela Doutora [REDACTED]

[REDACTED]

a

Q

42

623
w

28- Queira o Sr. Perito aditar os esclarecimentos que julgar necessários para o bom desate da lide.

Resposta: O perito julga ter sido esclarecedor em seu **Laudo Clínico Forense**.

Encerrando este exame pericial, o Perito espera ter correspondido às expectativas de V. Exa.

Requer a sua juntada aos autos do processo, colocando-se ao inteiro dispor para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2005.


Roberto Fonseca Cambraia
CRMMG-12.060
Médico perito judicial

PARTO - CESARIANA - FETO - PARALISIA
CEREBRAL - CAUSAS
(GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA)

PERÍCIA MÉDICA GERAL
Dr. Jairo Guerra da Silva-CRM3388-ASPEJUDI 184.
Rua Rio de Janeiro 2760, Bairro de Lourdes.
Belo Horizonte, CEP 30160 042.
Telefax (pedir sinal) 031 31 3225 3393
Horário: de 13 às 18 horas

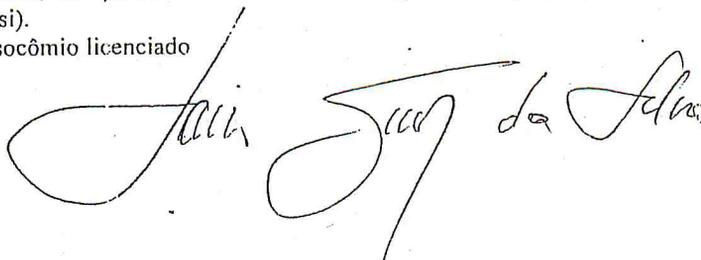
Processo: 02401 [REDACTED]
Autor : [REDACTED] (X) mãe do recém nascido
Réu : Hospital São Bento e Outros
Vara : 29ª VC
Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2003

JUST 1ª INST FORUM LAF 07/05/03 28/JAN/03 11:47
SECRETARIA
216
CASO
4
- LAUDO
PERICIAL
- ACÓRDÃO
(TJMG)

Com prazer e honra apresento a V. Excia. o relatório final da Perícia em questão. Informo a V. Excia. e aos competentes procuradores que meu trabalho é absolutamente técnico, não existindo nenhum espírito de corpo, nem interesse em ajudar ou prejudicar médicos. Pertencendo por 4 gestões à Comissão de Ética da SBCP, já encaminhei pareceres contrários a colegas ao CRMMG. Com muito zelo à causa da JUSTIÇA, solicito à parte o depósito da segunda parcela de meus honorários. Solicito a V. Excia. o Alvará de liberação dos honorários. Respeitosamente.

Dr. Jairo Guerra da Silva

1. Médico pela UFMG, diplomado em 1961.
2. Título de Monitor Oficial de Técnica Cirúrgica, durante o Curso.
3. Ex-Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade Federal de Medicina da UFMG.
4. Perito junto ao Cível, ASPEJUDI 184.
5. Chefe de Programa de Treinamento de Estagiários, credenciado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica-AMB, por 30 anos.
6. Especialista e Titular da SBCP
7. Ex-Secretário e Presidente da SBCP-MG
8. Membro, atual da Comissão de Ética da SBCP-MG
9. Membro da comissão de Defesa Profissional.
10. Cirurgião Geral, Plástico e de Mão da FHEMIG (36 anos).
11. Cursos e Congressos nacionais e internacionais, listados na íntegra do currículo, nos Estados Unidos, México, Argentina e França
12. Presidente do II Congresso Brasileiro de Cirurgia Estética
13. Colaborador, com diversos Capítulos, de quatro tratados sobre Cirurgia Geral (Medsi, Guanabara) e Plástica (Rocca, Medsi).
14. Diretor da Clínica Jairo Guerra, nosocômio licenciado





Dr. Jairo Guerra da Silva-CRM3388-ASPEJUDI 184.

Processo: 02401 [REDACTED]

Autor : [REDACTED]

Réu : Hospital São Bento e Outros

Vara : 29ª VC

(X) mãe do RN

IDENTIFICAÇÃO.

Periciando: [REDACTED], brasileiro, menor impúbere, filho da Autora, [REDACTED], casada, do lar, C.I. 12 370 144 SSPMG, CPF 049 176 996 2, residente à [REDACTED] Belo Horizonte. Nascido em Novo Cruzeiro em 12.02.99

Procuradores do autor: Alípio Fonseca, Advogados S C, Rua Tenente Brito Melo 342, sala 602, Barro Preto, BH, MG, CEP 30180 070, Fone 3295 5935, FAX 3295 5349.

Primeiro réu: Hospital São Bento, Praça Frei Ubaldo 47, Novo Cruzeiro, MG, CEP39 820 000, Fone 031 33 3533 1209 e 1320.

Segundo réu: Dr. [REDACTED] CRM 9 900, Residente à Rua Antônio Chácara 69, Novo Cruzeiro, MG, CEP 39820 000, telefones do Hospital.

Procurador dos réus: Dr. Francisco G. M. Gaudereto, fone-fax 3226 2967.

Assistente Técnico dos réus: Dr. Pedro Lúcio Saraiva, médico obstetra, CRM 15 642, fones 3287 8162 e 3226 5992. Celular 9711 8162.

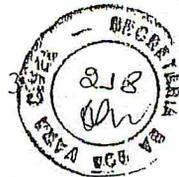
DOCUMENTOS DE INTERESSE MÉDICO DOS AUTOS.

(apresentação em seqüência cronológica para entendimento facilitado):

Folhas 1 e 2 - Na petição inicial a autora informa que teve o primeiro atendimento médico às 13:30 horas do dia 11.02.99, que após exame mandou-a para casa. Informa que como as dores não passavam foi internada pelos réus às 21:00. Esta última hora condiz com a informação do Hospital, abaixo.

Folha 102 -

- Data do documento.....11.02.99
- Amenorréia.....19.06.98
- Passado obstétrico.....Primeiro filho, primeira gravidez.
- Gestação prevista.....38 semanas.
- Data provável do parto....26.03.99
- Pressão.....120X40 .
- Edema..... Não
- Início do trabalh. parto....18 horas 11.02.99



- Parto.....0:15 horas 12.02.99
- Duração trabalho parto.....6:15 horas.

Folha 18 - Cartão de pré natal:

- 14.10.98. Bem. Pesando 51.700 Kg. BCF 120. AU 19
- 18.11.98. Bem. Pesando 51.700 Kg. BCF presentes. AU 23
- 23.12.98 Bem Pesando 53.000 Kg. BCF. Presentes. AU 26
- 27.01.99. Bem Pesando 55.000 Kg. BCF Presentes. AU 30.
- Última menstruação.....12.05.98.
- Data prevista do parto.....19.02.98. (38 semanas).

COMENTÁRIOS O PERITO. Trabalho de parto, iniciado às 18 horas do dia 11.02.99, às 18 horas segundo a mesma folha 102.

Existe uma diferença entre o registro da última menstruação citado na folha 102 (19.06.98) e o do Cartão pré natal (12.05.98). O Perito fica com a data do cartão de pré natal por dois motivos: o primeiro é que esta anotação é colhida em horário eletivo, menos sujeito ao engano da hora do TP. O segundo motivo foi a informação da paciente que informa que, sendo solteira e nova, em cidade do interior, gravou bem a data da UM e da relação sexual, uma semana depois. Em 11.02.99m o parto estava a termo, aproximadamente: 37 semanas.

Evolução, no quadro abaixo, da mãe do autor, 

Hora	Contração	Apagamento	Altura	Apresentaç.	Bolsa	Batimentos	Dilataç.
21:00	Sim	10%	Alta	Cefálica	Ínteg.	140bpm	1 cm
22:00	Sim	60%	Baixa	Cefálica	Ínteg.	140bpm	7 cm.
00:15	Sim	100%					

Folha 103 - Impressão da planta do pé direito: *muita irregularidade, sugestivo de feto a termo ou envelhecido no útero.*

Folha 104 - Evolução da enfermagem:

- 11.02. Admitida às 20:40 horas, procedente do atendimento de urgência, queixando intensa dor abdominal, apresenta-se em trabalho de parto.
- 12.02. Às 0:15 deu a luz a um feto vivo, masculino, único, pesando 2.600 Kg., comprimento 48 cm, perímetro craniano 34 cm, perímetro torácico 31 cm, perímetro abdominal 29 cm. Parto com episiotomia



(secção do perímetro). Feto PIG (pequeno para a idade gestacional).

- O recém nascido nasceu cianótico, sem reflexo, sendo ligado oxigênio. O mesmo continua no berço aquecido, com pouco reflexo, sem choro
- 21:30 (mãe). Apresenta boa expressão facial. Local da sutura no períneo com bom aspecto. Sangramento vaginal normal. Alimentou-se. Urinou. O bebê não consegue sugar o seio materno e continua chorando pouco.
- 13:02. Às 04:40. O Recém nascido apresenta-se gemente e quando chora apresenta cianose no membro inferior direito.
- Alta hospitalar às 8:00 horas, com receita médica, orientada quanto aos cuidados em casa.
- Nota ilegível sobre a criança.

Folha 106 - Avaliação pelo índice de APGAR do RN. Recebeu 5 pontos em 10. Grau de complexidade do atendimento: alto. Assinado: [redacted]

Folha 107 - A mãe foi medicada com antibiótico (Quemacetina), profilático. Recebeu alta curada, conforme assinado pela Enfermeira Ana Paula Chain, COREN 56063.

Folha 108 - Evolução clínica, com assinatura médica ilegível:

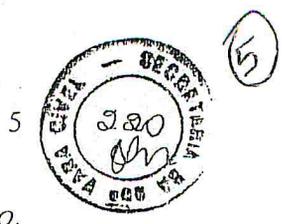
- 12.03.99 - Recém nascido com febre por aspiração de mecônio na sala.
- 13.03.99 - Recomendada sua transferência para Teófilo Otoni. Alta para a mãe.

Folha 110 a 120 - Folha de anamnese e evolução clínica da paciente e diversas informações muito bem feitas sobre o livro de Registro de Parto. Outras informações sobre o funcionamento de enfermagem e auxiliares sobre outros casos e dias, muito bem feitos.

Folha 121 - Anotação da auxiliar de enfermagem, comprovando que simultaneamente, na mesma noite o segundo réu atendeu:

- Realizou uma cesariana em Maria do Socorro Ferreira de Jesus, às 23:05 horas.
- Atendeu [redacted] às 0:15 que deu a luz ao autor.

Folha 22 - Relatório Médico do Hospital São Bento, encaminhando o RN, datado de 15.07.99, assinado pelo segundo réu, constando: [redacted] deu entrada no hospital em 11.02.99. Deu a luz às 0:15 horas de 12.02.99. Ao nascer a criança do sexo masculino (ilegível) APGAR 5 (em 10). Feito aspiração gástrica e oxigênio úmido. Havia no útero materno grande quantidade de mecônio. RN não foi registrado no



Hospital. Às 14:20 foi encaminhado para Teófilo Otoni, para o berçário, chegando lá às 16:00 horas.

Folha 20 - Este documento foi emitido pelo Hospital Santa Rosália, de Teófilo Otoni, para onde o menor foi encaminhado logo após ter sido verificado problemas subseqüentes ao seu nascimento, conforme o item anterior, da folha 22. Datado de 03.03.99, assinado ilegível, pelo médico CRM 18 831. Consta: RN de [redacted] deu entrada neste serviço em 13.02.99, proveniente de Novo Cruzeiro, com relato de **anóxia perinatal, tremores e hipertonia**. Evoluiu com icterícia neonatal, infecção perinatal. Fez uso de Amplaçilina (antibiótico) e outros medicamentos. Recebeu alta em 03.03.99 (dia do relatório), com melhora clínica.

Folha 21 - Teste do Pezinho, sob patrocínio do SUS, realizado em Novo Cruzeiro, 09.03.99: Fornece a interpretação abaixo, afastando as doenças citadas:

- Hipertireoidismo congênito: Exame normal.
- Fenilcetonúria: Exame normal.
- Doença falciforme (anemia): Exame normal.

EXAMES REALIZADOS NO RN, AUTOR-PERICIANDO.

(feitos posteriormente, visando ao diagnóstico etiológico)

Folhas 23, 24, 25, 39, 40, 41, 54, 55, 56, 57, 58 dos autos):

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Exame Imunológico para Rubéola: | Negativo |
| 2. Exame Imunológico para Toxoplasmose: | Negativo |
| 3. V.D.R.L. (pesquisa de Sífilis): | Negativo |
| 4. Exame para Citomegalovirus: | Negativo |
| 5. Bilirrubina direta: | Normal |
| 6. Bilirrubina indireta: | Normal |
| 7. Fosfatase alcalina: | Normal |
| 8. Transaminase: | Normal |
| 9. Exames hematológicos (02.12.99): | Normal 10. |
| 10. Ferro sérico: | 13 mg/dl (normal até 50). |

(*) exceto para a contagem de reticulócitos que apresentou 20% de aumento, sugerindo algum foco infeccioso indeterminado, o que é comum em pacientes complicados como este, podendo ser relacionado a algum procedimento como sonda, aspiração etc. Este resultado normalizou-se no exame de 30.05.00 (folha 56).

RELATÓRIOS IMPORTANTES PARA DIAGNÓSTICO DO AUTOR:



1. Relatório da Associação Mineira de Reabilitação, assinado pela Dra. Regina Amorim, CRM 7354 (folha 41): *criança de dez meses, portadora de um quadro grave de paralisia cerebral (microcefalia e tetraplegia espástica grave) sequela de sofrimento fetal agudo.*
2. Relatório do Centro de Neuropediatria São Camilo, assinado pela Dra. Marli Marra de Andrade, CRM não declinado, após a realização de eletroencefalograma, folha 54, com as seguintes conclusões: *Clinicamente este padrão é compatível com a forma quadriplégica da Paralisia cerebral.*

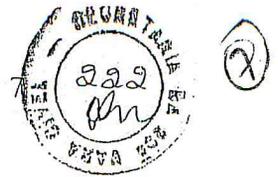
DIAGNÓSTICO DOS AUTOS: FORMA QUADRIPLÉGICA DA PARALISIA CEREBRAL ESPÁSTICA GRAVE COM MICROCEFALIA E TETRAPLEGIA, SEQUELA DE SOFRIMENTO FETAL AGUDO.

HISTÓRIA E ENTREVISTA.

Esta entrevista foi realizada no consultório do Perito em 15.01.03, tendo comparecido o autor, no colo materno e o Perito assistente técnico, já denominado. (X)

A mãe, Sra. [REDACTED], já qualificada, informou que nasceu em Setubinha, tendo mudado para Novo Cruzeiro aos 15 anos para estudar e trabalhar. Engravidou-se de namorado aos 18 anos, dando a luz ao autor. Residiu por 4 anos em Novo Cruzeiro, cidade pequena que vive da agricultura de alho, cebola, e cana de açúcar. Produz cachaça, rapadura, leite e alimentos de padaria. Não tem indústria. Tem um médico, um hospital, um posto de saúde. Não sabe se tem anestesista. Quando se engravidou fez o pré natal, já mostrado no cartão anexo aos autos.

Teve bom relacionamento com o médico réu, até o início do trabalho de parto, quando informa que o mesmo foi impaciente e descuidado. Não foi submetida a ultrassonografia, que era realizada em Teófilo Otoni. Na sua conta, a gravidez iniciou-se de uma relação mantida em 17.05.98, estando sua gestação a termo no dia do parto. Em 11.02.99 passou a sentir as contrações do parto, às 15 horas. Foi para o Hospital às 20 horas. O médico achou que não estava no dia, que o parto deveria ocorrer em 19.02. Foi internada no Quarto 3 e examinada somente uma vez pelo médico. À meia noite foi ao banheiro, a bolsa rompeu-se, saiu muito líquido verde e ocorreu o parto, com ajuda da enfermeira, que fez o corte no períneo (episiotomia). O menino nasceu engasgado. O médico entrou e ligou oxigênio no RN. Com 38 horas de vida o autor foi enviado para Teófilo Otoni, onde ficou internado por 18 dias. Quando o autor completou 2 meses, a mãe mudou-se para Belo Horizonte.



EXAME DO PERICIANDO.

Menor com 4 anos, espástico, sem comunicação aparente com o mundo. Trófico, alimentando-se por sonda implantada no abdome. Vida vegetativa. Tosse produtiva intensa. Estertores, roncos e sibilos disseminados em todo o tórax. Frequência respiratória: 30 mpm. Frequência cardíaca: 105 bpm. Bulhas hiperrítmicas e normofonéticas. Exame de fundo de olho, realizado pelo neurologista Dr. Christóvão de Castro Xavier, CRM 5398, Rua Araguari 1685, sala 306, Barro Preto, Belo Horizonte): atrofia ótica bilateral.

BIBLIOGRAFIA DE APOIO:

- 1 - MELKI, L. H. A.: Obstetrícia Operatória. Epuc Editora, Rio de Janeiro 1991.
- 2 - ALVES & CORRÊA: Manual de Perinatologia. MEDSI, 2ª Edição, Rio de Janeiro e São Paulo, 1995.
- 3 - SEGRE & OUTROS: Recém-Nascido. SARVIER, SP 1995.
- 4 - Arch Gynecol Obstet 1995; 256 Suppl: S32-42.
- 5 - Obstet Gynecol 1994 Apr; 83(4): 624-30
- 6 - No To Hattatsu 1999 Jul; 31 (4): 329-35
- 7 - Am J Obstet Gynecol 1998 Aug; 179(2): 507-13
- 8 - JAMA 1997 Jul 16;278(3): 207-11
- 9 - Am J Perinatol 1997 Apr; 14(4): 211-5
- 10 - Z Geburtshilfe Neonatol 1996 Sep- Oct; 200(5): 169-75
- 11 - Correia, M. D.: Noções práticas de Obstetrícia, Ed. Medsi, 12ª Ed., 1999
- 12 - Ministério da Saúde: Parto, Aborto e Puerpério, Assistência humanizada à mulher.
- 13 - Quadro adaptado a partir de Sweet, A Y - "Classification of low-birth-weight infant", in: "Care of High-Risk Neonate", 3ª ed., editado por Klaus MH & Faranoff, Philadelphia, WB Saunder Co., 1986 (extraído de The Merck Manual, 17ª Edition, 1999).
- 14 - Oliveira, R. G., Black Book, 2ª Edição, BH, 2002 (encontrado na Cooperativa Editora e de Cultura Médica).

CONCEITUAÇÕES E DOUTRINA MÉDICA :

- I - CONCEITOS IMPORTANTES, PARA O CASO, SOBRE O TP
 1. Apagamento. Pode iniciar-se antes do Trabalho de Parto, TP. No período expulsivo o colo se adelgaça completamente.
 2. Contrações. Quando o trabalho se inicia a parturiente apresenta 2 contrações de 25 segundos em cada 10 minutos. É um critério para iniciar-se o acompanhamento. Na fase final a parturiente



apresenta uma contração de 1 em 1 minuto, com 1 minuto de duração (repouso).

3. Duração do TP: até 12 horas na primípara e até 8 horas na multípara.
4. Duração do período de dilatação: 5 a 11 horas, aproximadamente.
5. Duração do período expulsivo: 0,5 a 1 hora, aproximadamente.
6. Duração do período de expulsão da placenta: 10 a 30 minutos.
7. Ruptura da bolsa: nos partos prematuros não se deve romper a bolsa.
8. Quando se suspeita de líquido com mecônio (secreção intestinal do feto) deve-se romper a bolsa.
9. Existem outras variáveis em que a ruptura da bolsa é indicada, mas não têm importância no presente caso.
10. A perda do tampão sanguinolento e a ruptura da bolsa são sinais acessórios de início de trabalho de parto.

II - CONCEITOS IMPORTANTES SOBRE O CASO DO AUTOR.

1. O periciando é portador de um quadro de Paralisia Cerebral Espástica, com Tetraplegia e Microcefalia, *Seqüela de sofrimento fetal*.
2. Pelos dados da folha 104, o RN nasceu com 2600 gramas, quando segundo a tabela (bibliografia 3) seu peso, na 37ª semana deveria ser 3300 gramas. Portanto, nasceu com 20% , aproximadamente, abaixo do esperado. Isto significa que tratou-se de um recém nascido PIG (pequeno para a idade gestacional). Segundo The Merck Manual, 17th Edition, 1999, Merck e Co Inc., um dos livros médicos mais consultados do mundo, o RN PIG, embora não apresente órgãos com imaturidade, apresenta risco de (a) *asfixia peri natal*; (b) *aspiração de mecônio*; *hipoglicemia*
3. Consultando a bibliografia aqui citada, o Perito encontrou:
 - a) 16 causas provocativas de hipóxia fetal, de natureza materna (citação bibliográfica 2).
 - b) 10 tipos de fatores hipo-anoxigênicos fetais, relacionadas ao parto.
 - c) 11 causas ou fatores hipo-anoxigênicos fetais, de natureza intrínseca fetal.
4. O Perito relacionou portanto 37 fatores ou causas geradoras do quadro do autor.



5. Graças aos exames complementares anexos , a Rubéola a Toxoplasmose, o Citomegalovirus e a Sífilis, foram afastados.
6. Diversas causas citadas na bibliografia e mesmo algumas não citadas, poderiam ser afastadas com a Ultrasonografia na vigésima semana (e em outras fases); análises de Estriol, Beta HCG, Alfafetoproteínas, etc. Tais elementos e recursos não foram disponíveis.
7. A bibliografia revela que a asfixia perinatal foi uma causa superestimada na etiologia da paralisia cerebral, retardo mental e convulsões tardias. Porém, só 10% dos portadores de Paralisia Cerebral, apresentaram esta asfixia no nascimento.
8. O Perito encontrou ainda na bibliografia, como fatores geradores da patologia do autor, o que se segue: (a) deficiência de Piridoxina, (b)Craniestenose, (c) Displasias Corticais, e outras. A comprovação de tais fatores não tem viabilidade prática para cidades pequenas.
9. A não realização por inexistência local de exames e a dificuldade para métodos mais sofisticados como:
 - Ultrassonografia e Dopler fluxometria obstétrica;
 - A Bioquímica Fetal, pouco viável e agressiva;
 - A cardiocografia, método difícil e sofisticado, é falho;
 - a ausculta dos batimentos cardíacos com o estetoscópio de Pinard é falha; a ausculta pelo Sonar (centros maiores) também é falha;
 - Qualquer que seja a monitorização do sistema cardiovascular placentário-fetal, teria que ser praticado de 3 em 3 minutos, o que seria eficiente mas pouco viável

QÜESITOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO:

- A. O autor é portador de paralisia cerebral, tetraplegia e microcefalia espástica?
Resposta: Sim.
- B. A doença que acomete o autor é seqüela de sofrimento fetal, especialmente em demora na realização do parto ?



- Resposta: Pelo prontuário não houve demora na realização do parto. O trabalho do parto iniciou-se às 18 horas e completou-se 6 horas e 15 minutos depois.
- C. Há outras causas para o acometimento de tal moléstia?
- Resposta: Existem muitas outras causas, declinadas na doutrina. O que parece mais provável no estudo do presente caso, considerando: a) parturiente primípara nova; b) Feto PIG-pequeno para a idade gestacional; c) não realização por inexistência local de exames mais sofisticados como Ultrassonografia e Dopler fluxometria obstétrica; d) impossibilidade de realização de outros recursos, difíceis mesmo em centros maiores (a Bioquímica Fetal é pouco viável e agressiva; a cardiotocografia, método difícil e sofisticado é falho; qualquer que seja a monitorização do sistema cardiovascular placentário-fetal, teria que ser praticado de 3 em 3 minutos). O Perito fica com: Sofrimento fetal e perinatal, provocado por hipóxia pré ou intra parto, com aspiração de mecônio, não podendo afastar o PIG, descrito nas conceituações acima.
- D. Havia meios de impedir a ocorrência de danos ao menor?
- Resposta: Em uma cidade pequena, distante, pobre, com um único hospital, um único médico, sem os métodos sofisticados e às vezes até exagerados dos grandes centros, onde a Medicina chega a ser encarecida, copiando até potências imperiais, **não havia meios de impedir os danos ao menor. Pelo prontuário, os profissionais da saúde, naquele dia, laboraram com muito zelo.** Os prontuários médicos, de enfermagem e o livro de partos chegam a ser caprichados, mesmo considerando o espírito crítico deste Perito, com 42 anos de vivência nos mais diversos serviços. Acrescente-se que o médico realizou uma cesariana após o último controle da mãe e feto, entre 22 e 0:15 horas, conforme abaixo.
- E. Se o parto fosse realizado de forma eficiente, poder-se-ia dizer que não haveria seqüelas para o menor?
- Resposta: Não é possível garantir porque não se tem meio de provar, pelo prontuário, que houve erro na condução do trabalho de parto. Seqüelas neurológicas podem ocorrer por outros problemas, sendo muitas as causas, inclusive sofrimento crônico. Não se pode deixar de informar que o médico de Novo Cruzeiro, como de muitos outros lugares, estava realizando uma cesariana durante a penúltima hora do trabalho de parto da mãe do autor. Segundo os tratadistas



(Corrêa, M.D.: Noções práticas de Obstetrícia, Medsi, 1999) “ o desejável é que obstetra apresente condições **físicas**, emocionais e profissionais adequadas ao desempenho de função tão importante. O trabalho de parto constitui-se em esforço físico e emocional importante para a parturiente. Daí a necessidade demonitoração durante todo o seu desenrolar. Problemas com a parturiente podem comprometer não apenas seu bem estar, como também de seu filho”. Se realizou procedimento em outra sala, não teve condições de cumprir exatamente o que ensina o tratadista famoso. O Perito, por definição, não é competente para avaliar a conjuntura nacional, principalmente em municípios pobres. “**Não vá o sapateiro além das sandálias; não vá o Perito além da elaboração da prova técnica**”.

- F. A doença que acomete o menor é irreversível?
- Resposta: Sim

- G. Há outros esclarecimentos necessários sobre o quadro atual do menor?
- Resposta: Outros esclarecimentos podem ser obtidos no laudo e nas respostas aos quesitos das partes.

- H. Há outros esclarecimentos necessários sobre o evento que provocou a seqüela ?
- Resposta: Nada há mais a esclarecer. O Perito comprimenta o Promotor, Dr. Eduardo Nepomuceno de Souza, pela total objetividade. Como o caso é difícil, envidando até prolixidade, o Perito será objetivo nas conclusões.

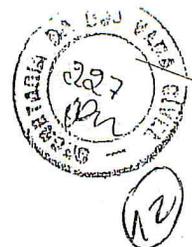
QUESITOS DOS RÉUS:

1. V. Excia. teve acesso aos autos?

Resposta: Sim.

2. Quais sinais clínicos devem ser observados pelo médico para constatar o início do trabalho de parto?

Resposta: Contrações de 25 segundos, em número de duas, a cada 10 minutos. Sinais adicionais, são a perda do tampão sanguinolento e a perda de líquidos por ruptura da “bolsa das águas”. A parturiente só deve ser internada após o início do labor do parto.



3: Segundo consta nos autos, qual era o quadro obstétrico constatado pelo réu quando a autora foi internada?

Resposta: Vide em DOCUMENTOS, acima, a descrição da folha 102 e comentários.

4. Quais os sinais clínicos médicos que informam que a criança encontra-se próxima de nascer? Explicar.

Resposta:

- Data prevista para o parto, calculada no pré natal, baseada na amenorréia
- Dores abdominais, sem cólicas, ocasionadas por compressão do polo fetal sobre estruturas localizadas no abdome inferior.
- Dor por distensão dos ligamentos redondo e uterossacro, sem características de cólicas.
- Perda de tampão sanguinolento.
- Início do trabalho de parto, já definido no quesito acima.

5. Quanto tempo em média dura a evolução do trabalho de parto de uma primípara como a mãe do autor?

Resposta:

- 12 horas para a dilatação.
- 30 minutos para a expulsão.
- 10 minutos para a expulsão da placenta.
- 20 minutos para o quarto período, isto é observação

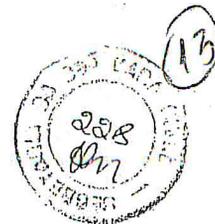
6. Pelo que consta dos documentos médicos dos autos, havia indicação médica para uma intervenção cirúrgica de emergência no momento em que a autora foi internada no Hospital? Explicar.

Resposta: Não, segundo os autos, especialmente as folhas 102 e 104.

7. A bolsa de líquido amniótico estava rompida no primeiro exame feito pelo réu? O rompimento da bolsa amniótica é um sinal importante de início de trabalho de parto que deve ser observado pelo obstetra? Explicar.

Resposta: Estava íntegra e rompeu-se espontaneamente poucos minutos antes do nascimento.

Explicações Esta ruptura ocorre espontaneamente, sendo um sinal acessório de trabalho de parto. Pode ocorrer pelo procedimento médico denominado "amniotomia", isto é, incisão cirúrgica com a finalidade de aumentar as contrações, quando a dilatação estiver entre 5 e 7 cm (o máximo é 10).



8. Existe orientação do Conselho Federal de Medicina, Ministério da Saúde e Doutrina para que o médico busque realizar o parto normal? Explicar.

Resposta: Sim. O Ministério da Saúde tem excelente publicação sobre o assunto. Vide Bibliografia, acima.

9. Pode o médico realizar cesariana pelo SUS sem indicação médica?

Resposta: Não (A cesariana, no mundo inteiro, deve ser limitada aos casos de indicação precisa. A indicação é médica, baseada em consenso com a mãe. A publicação do Ministério da Saúde esgota o assunto, em termos mundiais).

10. A Cesariana sempre evita seqüelas neurológicas? Explicar.

Resposta: Não.

Explicação: Em trabalho do Ministério da Saúde o "Risco de Morte" é menor no parto normal que na cesariana.

É um ótimo recurso para casos específicos, bem indicados. Diz o tratadista: "Fetos apresentando sofrimento, tanto agudo quanto crônico, resistem mal ao esforço do parto.....Frequentemente, a solução é a retirada do feto por cesária".

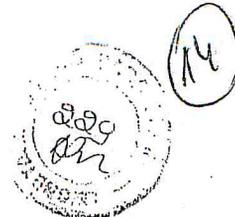
11. O Hospital réu está credenciado pelo SUS para realização de partos?

Resposta: Sim, conforme folhas 93,94 e 95.

12. O que é sofrimento fetal? A) Porque ele ocorre? Sempre causa seqüelas irreversíveis? Explicar. B) É previsível e pode ser evitado pelo médico que procede ao parto?

Resposta: Pode ser crônico ou agudo:

- Crônico - É um dano que o feto sofre, decorrente de um aporte deficiente de nutrientes, principalmente glicose e oxigênio. Ocorre em decorrência da presença de determinadas doenças maternas que dificultam a alimentação fetal via placentária. As principais são: hipotensão, hipertensão arterial crônica, cardiopatias, nefropatias, doenças autoimunes, anemia e desnutrição crônica, pré eclâmpsia, infecção, diabetes, desnutrição, fibrose ou infarto placentário, insuficiência placentária. Este sofrimento aumenta a morbimortalidade perinatal. Com diagnóstico e conduta certos, pode-se obter *bons resultados perinatais*, nem sempre ocorrendo seqüelas irreversíveis.



- Agudo - É o que surge durante uma das duas primeiras fases do trabalho de parto. Decorre da diminuição do fluxo sanguíneo da mãe para o feto, no espaço interviloso, produzindo acidose respiratória e metabólica. Este sofrimento, conseqüente ao "estresse" do parto ocorre por (a) anormalidade de contração, (b) problemas com o cordão umbilical, (c) problemas com a placenta, (d) alterações da pressão arterial materna, (e) ruptura uterina e outras. Para o controle e profilaxia do sofrimento fetal agudo usa-se: (a) acompanhamento da freqüência cardíaca fetal; (b) acompanhamento da cor do líquido amniótico. Líquido amniótico esverdeado significa a presença de mecônio (fezes do feto) Relaciona-se ao sofrimento fetal, quase sempre crônico; (c) monitoração eletrônica, que é pouco viável; (d) dosagens bioquímicas do sangue fetal. As conseqüências do sofrimento fetal são variáveis, dependendo da qualidade da assistência médica.

13. Pelo que consta nos documentos médicos foi constatado sofrimento fetal durante a evolução do parto?

Resposta: Não, não foi constatado até as 22 horas, 2:15 horas antes da expulsão. . O prontuário é simples e elementar e o único dado é a freqüência cardíaca fetal, que se manteve em 140 bpm, nas duas medições.

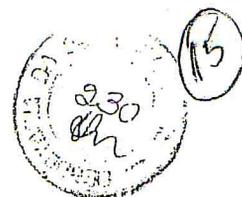
14. As reclamações de dor, nervosismo, impaciência, são comuns nas pacientes primíparas? Explicar.

Resposta: Sim são. Os dias finais da gestação incomodam muito às mulheres. O feto faz pressão, comprime estruturas, ligamentos etc. As contrações também incomodam muito, principalmente a uma jovem de 20 anos, embora o prontuário relate que seu trabalho de parto foi curto, tendo durado apenas 6:15 horas. Não existem elementos no prontuário que garantam exatamente a hora de seu início, declinada como 18:00 horas de 11.02.99. (Comentário do Perito: o trabalho de parto pode ter-se iniciado antes das 18:00 horas e isto não ter sido comprovado).

15. A evolução do trabalho de parto, descrita nos autos, está dentro do tempo normal esperado? Explicar

Resposta: Não. É muito raro uma primípara ter um trabalho de parto de 6:15 horas. — ?

16. Pelo que consta nos autos, havia contra indicação médica para que se esperasse a evolução do parto normal para a autora?



Resposta: Pelo contrário. Pelo prontuário e pelo controle pré natal, pela data prevista para o parto, foi correto proceder-se ao parto por via baixa, embora tenha faltado registro de acompanhamento entre as 22 horas e a expulsão, 2:15 horas depois.

Pode ter ocorrido sofrimento crônico em PIG onde poderia ter sido realizado Ultrassom e Dopler fluxometria obstétrica, recursos inexistentes em Novo Cruzeiro.

17. Quais as seqüelas neurológicas apresentadas pelo autor?

Resposta:

- Paralisia cerebral
- Microcefalia
- Paralisia espástica grave.
- Tetraplegia.

18. É possível dizer com certeza que todas as seqüelas neurológicas apresentadas pelo autor foram causadas durante a evolução do trabalho de parto?

Resposta: Vide doutrina e dados bibliográficos.

19. As seqüelas neurológicas em recém nascido são sempre evitadas pelo médico? Explicar

Resposta: Não. O médico somente pode evitar as seqüelas oriundas do trabalho de parto. As conseqüências do sofrimento fetal crônico ou agudo são variáveis. O médico, principalmente de centro menor, pode fazer tudo corretamente e o nascituro ter uma seqüela. Quanto às considerações de "Medicina, profissão de meios", e Jurisprudências, o Perito não entende como de sua competência.

20. Pode informar se existem doenças neurológicas congênicas que só se manifestam após o nascimento? Explicar

Resposta: Sim.

21. As seqüelas neurológicas apresentadas pela criança podem não estar relacionadas diretamente ao momento em que a mãe entrou em trabalho de parto? Explicar.

Resposta: Vide doutrina.

22. Existem documentos nos autos que demonstram que o réu realizou outros partos durante a internação da autora?

Resposta: Sim, inclusive uma cesariana durante o período em que a parturiente mãe do autor se encontrava na sala de partos.

23. Pelo que consta nos autos, dentro do que era possível, o réu prestou o atendimento necessário ao RN quando foi solicitado?

Resposta: Sim. Pelos autos, a sala não dispunha de Pediatra.. O prontuário admite que o recém nascido aspirou mecônio, o que lhe causou febre (infecção).

24. A Síndrome de Insuficiência Placentária pode causar Paralisia Cerebral? O autor poderia ter sofrido tal síndrome?

Resposta: Sim. Qualquer fator que altere o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio pode levar à hipóxia de grau e conseqüências variáveis.

25. Normalmente os réus tinham como prever e evitar a Paralisia Cerebral, se ela tiver sido causada por síndrome de insuficiência placentária? Explicar.

Resposta: Mesmo nos centros mais adiantados, não se pode confiar integralmente nos métodos usualmente empregados para detectar o sofrimento fetal, que são:

- Ultrassonografia
- Cardiotocografia basal e estimulada
- Doplervelocimetria (técnicas não disponíveis ao réu)

26. Pela impressão plantar do autor-RN poderia ele apresentar envelhecimento precoce? Tal quadro poderia também ser responsabilizado pela paralisia cerebral?

Resposta: Sim. A impressão plantar apresenta sinais de envelhecimento da planta do pé do feto

27. Queira prestar outros esclarecimentos que julgue necessários ao deslinde da questão discutida nestes autos, levando-se em consideração especialmente as alegações da inicial e da contestação?

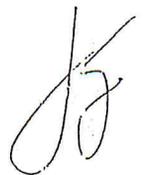
Resposta: As perguntas foram tão completas que o Perito esgotou sua capacidade de esclarecimentos.

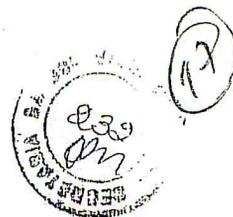
QUESITO DO AUTOR

1. O autor apresenta quadro clínico diagnosticado como paralisia cerebral?

Resposta: Sim.

pergunta - Q Em envelhecimento precoce pode causar Infarto





2. Pode-se afirmar que o quadro clínico apresentado pelo autor é irreversível?

Resposta: Sim. É grave, dramático, irreversível.

3. Considerando os fatos narrados na inicial, isto é, a demora em submeter a mãe do autor à cirurgia pode ter causado a lesão no autor?

Resposta: Pelo prontuário, não. Este não acusa retardo. Se existisse ultrassom e dopler o prognóstico poderia ter sido melhor.

4. Completando o quesito anterior, foi efetivamente a demora em submeter a mãe do autor à cirurgia que fez com que o autor ingerisse o líquido meconial?

Resposta: Não existe comprovação de demora. O líquido meconial não foi ingerido simplesmente. Foi aspirado pelo pulmão, provocando redução da área respiratória, que pode ser concausa da hipóxia perinatal e quadro neurológico.

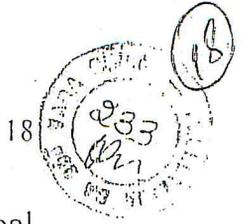
5. Pode-se afirmar que a causa da lesão sofrida pelo autor foi o fato de ter ingerido líquido meconial?

Resposta: Existem, pelos autos, duas causas principais:

- Aspiração de mecônio, com infecção, constatada pela febre. O aumento de reticulócitos, também indicativo de infecção, ocorreu dez meses mais tarde (folha 39). Não tem significado para o período perinatal.
- Sofrimento fetal crônico em parto de feto PIG (pequeno para a idade gestacional).
- Para outras causas, vide a doutrina.

6. Caso tivesse a mãe do autor se submetido à intervenção cirúrgica logo no início do trabalho de parto, a lesão sofrida pelo autor poderia ter sido evitada? → *sem mais para aqui*

Resposta: É possível que sim. Segundo o Ministério da Saúde não existe indicação sistemática para cesariana. No presente caso, a evolução não falou pela indicação da cesariana desde o início; até às 22 horas não se comprovou clinicamente a existência de sofrimento, pelos métodos disponíveis. Quando às duas últimas horas e o período expulsivo, não existem dados.



7. Caso o primeiro réu, o hospital, tivesse equipamento e pessoal adequados para atender o recém nascido após o acidente, o quadro clínico poderia ter sido revertido?

Resposta: Em grandes centros poderia ser tentado:

- Estabilização da oxigenação
- Óxido nitroso
- Ventilação de Alta freqüência (Referência bibliográfica 14)

Não por não revertido

8. A demora em prestar assistência ao autor, empregando equipamento adequado, pode ter sido a causa da irreversibilidade do caso?

Resposta: Sim. Se existisse Pediatra na sala e berçário de última geração o prognóstico tinha probabilidade de ser melhor.

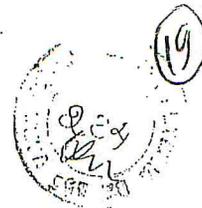
Como? Se não a como?

9. Para melhores esclarecimentos, em vista da importância do feito para os autores, pedem ao perito que acrescente outras informações que ajudem a elucidar a questão.

Resposta: O Perito consumiu 45 horas neste labor. Terá prazer em responder qualquer quesito ou esclarecimento às partes.

CONCLUSÕES. Sendo o caso e a Perícia muito complicados, o Perito apresenta as conclusões sintéticas, compreensíveis para leigos em Medicina.

1. O caso médico ocorreu em uma cidade pequena com um único médico-obstetra e um só hospital.
2. O recém nascido pesou 2600 gramas na 37ª semana, quando nasceu, sendo portanto um RN PIG (pequeno para a idade gestacional, com 20%, abaixo do peso esperado).
3. O Recém Nascido apresentou uma seqüela grave de Síndrome hipóxico-isquêmica perinatal, sem elementos para se concluir que tenha sido decorrente de fatores pré parto (da mãe ou feto) ou intra parto (do médico).
4. O médico não acompanhou a parturiente no fim do primeiro e durante o segundo período do Parto, por estar, comprovadamente, realizando uma cesariana na outra sala, isto é, concomitantemente.
5. A perícia concluiu pela ausência de alternativa, além da concomitância, para o médico e o Hospital.



6. O médico agiu como agiriam os demais colegas, nas mesmas circunstâncias, não tendo a Perícia concluído por afastamento das normas técnicas, no caso da parturiente-autora.

OBSERVAÇÃO. O presente laudo é produção intelectual do Dr. Jairo Guerra da Silva, que procurou compensar a prolixidade das resposta pela síntese das conclusões. Este trabalho não pode ser usado sem a autorização do Juiz ou do Perito. A mãe informou, durante a perícia, que tinha uma Tomografia do autor. Solicitada a trazer tal Tomografia para vista dos peritos e consulta a um Neurologista, não o fez.

Dr. Jairo Guerra da Silva

1. Médico pela UFMG, diplomado em 1961.
2. Título de Monitor Oficial de Técnica Cirúrgica, durante o Curso.
3. Ex-Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade Federal de Medicina da UFMG.
4. Perito junto ao Cível, ASPEJUDI 184.
5. Chefe de Programa de Treinamento de Estagiários, credenciado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica-AMB, por 30 anos.
6. Especialista e Titular da SBCP
7. Ex-Secretário e Presidente da SBCP-MG
8. Membro, atual da Comissão de Ética da SBCP-MG
9. Membro da comissão de Defesa Profissional.
10. Cirurgião Geral, Plástico e de Mão da FHEMIG (36 anos).
11. Cursos e Congressos nacionais e internacionais, listados na íntegra do currículo, nos Estados Unidos, México, Argentina e França
12. Presidente do II Congresso Brasileiro de Cirurgia Estética
13. Colaborador, com diversos Capítulos, de quatro tratados sobre Cirurgia Geral (Medsj, Guanabara) e Plástica (Rocca, Medsj).
14. Diretor da Clínica Jairo Guerra, nosocômio licenciado

Dr. Jairo Guerra da Silva-CRM3388-ASPEJUDI 184.
Rua Rio de Janeiro 2760, Bairro de Lourdes.
Belo Horizonte, CEP 30160 042.
Telefax (pedir sinal) 031 31 3225 3393
Horário: de 13 às 18 horas

Processo: 024 [REDACTED]
 Autor : [REDACTED] (X)
 Réu : Hospital São Bento e Outros
 Vara : 29ª VC
 Belo Horizonte, 02 de maio de 2003.

Resposta aos quesitos adicionais de esclarecimento solicitados pelo réu.

1 -Diante da resposta de fls 233 do laudo do i. perito gostaria que fosse esclarecido se no caso era exigido do hospital réu o uso de tais medicações e equipamentos, para que realizasse partos? (estabilização da oxigenação, óxido nitroso e ventilação de alta frequência)
 Resposta: Não.

2.1 - Se existe documento nos autos demonstrando que houve demora em prestar o primeiro atendimento ao autor e se se pode dizer com certeza que foi esta demora a responsável pela seqüelas apresentadas pelo autor?
 Resposta. Não houve demora. Logo após a expulsão o médico deu assistência, segundo os autos.

2.2 - Se era exigido do hospital Réu à época dos fatos tais equipamentos chamados adequados?
 Resposta: Não. O Hospital estava credenciado pelo SUS sem restrições.

2.3 - A presença do Pediatra na sala de parto teria evitado as seqüelas?
 Resposta: Sem meios de informar.

2.4 - Pode informar se o médico obstetra prestou atendimento pediátrico ao recém-nascido?
 Resposta: Pelo que consta na documentação o obstetra prestou também o atendimento pediátrico exigido.

Respeitosamente,

Jairo Guerra da Silva. *Jairo Guerra da Silva*

21



EMENTA: INDENIZAÇÃO - DANO MORAL - HOSPITAL - ATENDIMENTO INADEQUADO - PERÍODO PROVÁVEL DO PARTO - GRAVIDEZ NORMAL PARTO SEM A SUPERVISÃO DO MÉDICO - RECÉM NASCIDO - SEQUELAS CEBEBAIS - IMPOSIÇÃO DO DEVER INDENIZATÓRIO - QUANTUM INDENIZATÓRIO - CRITÉRIOS DE FIXAÇÃO.

- O hospital em que ocorreu o fato é parte legítima para figurar no pólo passivo da ação de indenização pelos danos causados ao recém nascido.
- O médico que não acompanha toda a evolução do trabalho de parto, sendo o mesmo executado somente com o auxílio de uma enfermeira, sem sua supervisão, sob o argumento de carência de recursos humanos, responde pelos fatos em face da culpa presumida.
- O quantum indenizatório revela-se condizente com as circunstâncias fático-jurídicas, com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, com a teoria do desestímulo.
- Preliminar rejeitada e apelação não provida.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Apelação Cível Nº 2.0000.00.481879-1/000**, da Comarca de **BELO HORIZONTE**, sendo Apelante (s): [REDACTED] ^(y)
 OUTRO e Apelado (a) (os) (as): [REDACTED] ^(z)
 REPRESENTANDO SEU FILHO,

ACORDA, em Turma, a Décima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais **REJEITAR A PRELIMINAR E NEGAR PROVIMENTO À APELAÇÃO.**

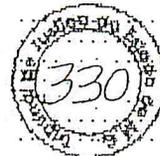
Presidiu o julgamento o Desembargador **ALBERTO VILAS BOAS** e dele participaram os Desembargadores **ALBERTO ALUÍZIO PACHECO DE ANDRADE (Relator)**, **PEREIRA DA SILVA (Revisor)** e **EVANGELINA CASTILHO DUARTE (Vogal)**.

(continua na próxima página)



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

APELAÇÃO CÍVEL Nº 2.0000.00.481879-1/000 - 14.03.2006



BELO HORIZONTE

-2-

O voto proferido pelo Desembargador Relator foi acompanhado na íntegra pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Produziram sustentação oral, pelo apelante, o Dr. Francisco Gandereto e, pelo Ministério Público, o Procurador Olavo Freire.

Belo Horizonte, 14 de março de 2006.

DESEMBARGADOR ALBERTO ALUÍZIO PACHECO DE ANDRADE
Relator



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

APelação CÍVEL Nº 2.0000.00.481679-1/000 - 14.03.2004



BELO HORIZONTE

-3-

V O T O

O SR. DESEMBARGADOR ALBERTO ALUÍZIO PACHECO DE ANDRADE:

Presentes os pressupostos de admissibilidade.

Adoto o relatório da sentença (f. 274/279), apenas esclarecendo que o pedido foi julgado procedente, condenando solidariamente os réus ao pagamento de indenização por danos morais no montante de R\$40.000,00 (quarenta mil reais), corrigida pela TCJMG, acrescida de juros de 0,5% ao mês, devidos a partir da citação. Condenou ainda, os réus a arcarem com todas as despesas destinadas aos tratamentos médicos que o requerente possa necessitar, mediante laudo de especialista até quando este julgar necessário. Acrescentou pagamento de pensão mensal a cargos dos réus, correspondente a 2/3 do salário mínimo até completar 25 anos de idade e a partir daí reduzido para 1/3 até que o mesmo complete 65 anos de idade, tudo a ser apurado em liquidação de sentença. Condenou ao pagamento de custas e honorários fixados em 20% (vinete por cento) sobre o valor da condenação.

Corporifica-se a insurgência dos apelantes nas razões recursais de fls. 286/298, argumentando, em síntese: preliminarmente a exclusão da lide do Hospital e no mérito a reforma da sentença eis que decisão contrária toda a literatura médica contrária e especialmente a prova técnica que foi produzido nos autos que informou que não houve demora no parto.

Passo a análise da preliminar.

PRELIMINAR: ilegitimidade passiva

Funda-se a preliminar de ilegitimidade passiva do Hospital, com conseqüente exclusão da lide, suscitada pelos

24



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

APELAÇÃO CÍVEL Nº 2.0000.00.481877-1/000 - 14.03.2006



BELO HORIZONTE

-4-

apelantes, ao argumento de que não há relação de preposição entre eles, pois o réu (médico) não tem qualquer relação de emprego ou contratual de prestação de serviços com o Hospital.

Ora, o interesse em litígio, no caso em exame, é o direito à indenização dos autores/apelados pelo fato que se alega ocorrido nas dependências do Hospital/apelante por ação ou omissão do médico que ali se encontrava prestando serviços.

Assim, o primeiro réu responde juntamente com o profissional, pelo que se impõe a rejeição da preliminar de ilegitimidade do primeiro autor, como bem examinou o douto magistrado singular.

Rejeito a preliminar.

Mérito

Aduz^{em} os apelantes que lamentam o quadro de paralisia cerebral que atingiu o recém nascido, mas que a seqüela não guarda qualquer nexo com o atendimento dispensado à parturiente, pois restou comprovado que os apelantes, dentro do possível, tomaram todos os cuidados indicados durante a evolução do parto, acrescentando que não existe prova da culpa e nexos entre o atendimento que recebeu dentro do hospital e os danos apresentados pelo recém nascido.

Acrescenta que em momento algum o laudo pericial concluiu que a seqüela apresentada pelo autor fosse decorrente de sofrimento fetal, pelo que descabe a imposição da responsabilidade civil; *ad argumentandum*, o valor da condenação apresenta-se exorbitante, bem como a fixação dos honorários.

Examinando os autos, registro que a apelada teve um período de gravidez dentro da normalidade, sem ne-

25



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

APELAÇÃO CÍVEL Nº 2.0000.00.481677-1/000 - 14.03.2006



BELO HORIZONTE

-5-

nhum incidente, bem como que não se descuidou do pré-natal, visitando regularmente o médico, como comprova o documento de fls. 18.

Depreende-se ainda dos autos que, a apelada no dia 11/02/99, por volta das 13:30 horas, "vendo que estava entrando em trabalho de parto, foi até o estabelecimento do primeiro réu, sendo atendida pelo segundo réu" que após breve exame foi dispensada sob alegação que ainda não estava na hora do parto.

Entretanto, no mesmo dia às 20:00 horas, como as dores não passavam, voltou ao hospital e foi novamente examinada e internada, tendo dado a luz ao autor às 0:15 horas do dia 12/02/99, com a ajuda de uma enfermeira.

Logo após o nascimento do autor, o médico foi alertado que o recém nascido apresentava problemas, tendo sido constatado que aspirara o líquido meconial. Posteriormente foi diagnosticado que o autor era portador de paralisia cerebral.

Entendo, rogata venia, que a hostilizada sentença bem soube apreciar a realidade fático-jurídica posta sob comento, apesar de me parecer, data venia, que um caso dessa gravidade teria que ser mais esmiuçado, entretanto a prestação jurisdicional há que ser ofertada, e dentro da prova que o processo contém.

Inicialmente, observo que não há nos autos qualquer indício de anormalidade do período de gravidez da apelada e até o momento do parto a paciente desenvolvia uma gravidez normal, tendo concluído o pré-natal (fls. 18).

Analisando o laudo pericial e os fatos relatados nos autos, não tenho dúvida, *permissa venia*, de que várias atitudes poderiam ter sido tomadas para evitar as seqüelas do re-



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

APELAÇÃO CÍVEL Nº 2.0000.00.481877-1/000 - 14.03.2006



BELO HORIZONTE

-6-

cém nascido ou mesmo para amenizar a dor sofrida pela gestante, em face da inadequada assistência.

Sabe-se que o monitoramento de todo o período de trabalho de parto é extremamente importante para a saúde do feto e da parturiente, como bem apontado pelo douto Perito Oficial às fls 226, o que, entretanto, foi negligenciado no caso da autora, vez que ficou sem acompanhamento médico nos momentos cruciais do trabalho de parto, ou seja, entre as 22:00 e a hora do nascimento do autor, 0:15 do dia seguinte (fls. 230).

Desse modo, só a circunstância acima demonstrada já enseja a indenização, pela negligência do Hospital e do médico que não prestaram a devida assistência à parturiente como se espera de um profissional e de uma Instituição Hospitalar, pois reitera-se, a autora, na hora do parto, não foi assistida por profissional competente, no caso o seu obstetra/réu, e no mesmo diapasão, o recém nascido não teve também, o adequado atendimento de um pediatra que poderia ter tomado de pronto as providências necessárias.

Assim, não há como fugir do dever de indenizar, vez que o contexto probatório aponta para a comprovação dos requisitos exigíveis à imposição da obrigação, o dano (seqüelas recém nascido), a negligência do médico e do hospital e o nexo de causalidade entre a conduta destes e o evento danoso.

Da mesma forma, não merece, também prosperar, a insurgência direcionada ao quantum indenizatório (R\$40.000,00), que se revela condizente com a realidade dos autos, com os critérios da razoabilidade e da proporcionalidade, e com a teoria do desestímulo.

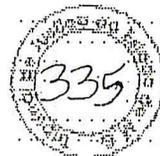
Por fim destaco que os honorários decorrentes da sucumbência foram arbitrados de forma criteriosa e compa-

27



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

APELAÇÃO CÍVEL Nº 2.0000.00.481879-1/000 - 14.03.2004



BELO HORIZONTE

-7-

tível com as peculiaridades do processo, não se justificando a redução pretendida.

A douta Procuradoria, por seu Procurador Olavo Freire, em seu parecer de fls. 312/316, após detida análise dos fatos, opinou pelo desprovimento do recurso, afirmando que: "o quadro traçado identifica pacificamente a situação de risco a que foi submetida a parturiente, com sintoma evidente menos-caso e negligência no tratamento médico dispensado".

Ante o exposto, nego provimento ao presente apelo, mantendo inatacada a decisão proferida.

Custas recursais, pelos apelantes.

DESEMBARGADOR ALBERTO ALUÍZIO PACHECO DE ANDRADE

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO HORIZONTE

- LAUDO
- PERICIAL
- SENTENÇA

JUST 1ª INST FORUM LAF 058372 05/JA/04 14:09

cirurgia de varizes - complicação pós-operatória - lesão do nervo fibular e tibial (anaplologia)

AUTOS N.º: 024.01. [redacted] (2)
AUTOR: [redacted]

RÉU: INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA + 3

[Handwritten signature] médicos denunciado em lide pelo hospital

Renato D'Assumpção Guimarães, perito Médico Legista, inscrito junto ao CRMMG sob o n.º 27232, prestigiado com honrosa nomeação e compromissado com V. Exa. no processo supramencionado, apresenta seu laudo técnico pericial, oportunidade que requer sua juntada aos autos e autorização para levantamento de seus honorários periciais já depositados

Termos em que
P. deferimento.

[Handwritten signature]
RENATO D'ASSUMPTÃO GUIMARÃES.

Rua Lorena 767, Sala 105/106 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
Telefone: (031) 245.1112

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO HORIZONTE

AUTOS N.º : 024.01. [REDACTED]

AUTOR: [REDACTED] (2)

RÉU: INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA

Renato D'Assumpção Guimarães, perito médico legista, inscrito junto ao CRMMG sob o n.º 27232, prestigiado com honrosa nomeação e compromissado com V. Exa. na Ata de Audiência de fls. da presente ação, vem mui respeitosamente, apresentar seu LAUDO TÉCNICO PERICIAL, o qual se divide nas seguintes partes:

1 - OBJETIVOS:

O objetivo principal do presente laudo pericial é analisar os meios utilizados na assistência médica de [REDACTED] e sua sanidade física. (2)

2 - HISTÓRICO

Nilson da Silva Homem, brasileiro, maior, portador da CI M 5.692.950 – SSP – MG, compareceu a este consultório no dia 01 de agosto de 2003, às 18:00h para determinar a sanidade física do Autor e analisar os meios utilizados em seu atendimento médico. Posteriormente o Perito estudou e analisou todo o prontuário médico hospitalar referente ao atendimento do Requerente juntado aos autos em fls. O exame pericial foi acompanhado pelos assistentes técnicos indicados pelas partes Ré.

DADOS MÉDICOS:

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: [REDACTED] (2)

Idade: 29 anos

Data de Nascimento: 16/03/1974

Naturalidade: Santa Luzia - MG

Cor: faioderma

Estado Civil: casado

Grau de Instrução: 1º grau completo

Rua Lorena 767, Sala 105/106 – Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.

Telefone - (031) 34643153

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

ANAMNESE:

QUEIXA PRINCIPAL: "problema na perna"

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Diz, o Autor que ao ser admitido na empresa de ônibus, já apresentava "veias elevadas" localizadas na região da panturrilha do membro inferior esquerdo.

O requerente encontrava-se assintomático e assim permaneceu enquanto exercia a função de Cobrador.

Ao ser classificado como Motorista, no final de 1997, no exame médico admissional, relata que foram constatadas varizes em membros inferiores. O Requerente permanecia assintomático.

Após mudança de função, o Autor passou a apresentar episódios de dor, queimação e sensação de perna pesada, principalmente ao final do dia. Informou que apresentava muitas veias em membro inferior esquerdo, como "caroços de veias dilatadas".

Informou, que evoluiu com episódio de dor e inchaço no pé esquerdo, após atividade física, o que motivou procura por assistência médica.

Ao ser avaliado pelo médico da empresa de ônibus, o Requerente foi informado que seu quadro clínico decorria das varizes em membros inferiores. Orientado a procurar assistência médica com Especialista.

Agendado consulta com médico Angiologista no Hospital Madre Teresa (HMT). Após avaliação médica, o Autor foi informado da necessidade de tratamento cirúrgico e do risco de surgimento de trombose ao longo do tempo.

O Autor realizou exames pré-operatórios e foi marcada cirurgia para dia 10/04/2000. Alta hospitalar em 11/04/2000.

Ao receber alta hospitalar, o Requerente foi orientado a manter repouso, usar medicamentos orais e tópico, trocar faixa após tomar banho. Em sua residência, o Autor permanecia acamado, deambulando com apoio de muletas.

No sétimo dia de pós-operatório, retornou ao médico para avaliação. Informou quadro de dor e perda de movimento dos dedos do pé esquerdo. Os pontos cirúrgicos foram retirados, prescrito medicamento para a dor e retorno em aberto.

No décimo dia pós-operatório, o Autor sem obter melhora dos sintomas que o acometiam, retornou ao médico, que o encaminhou para avaliação com Neurologista. Solicitado eletroneuromiografia (ENM) e marcado retorno com o citado profissional.

Constatada lesão em nervo do membro inferior esquerdo e prescrito sessões de fisioterapia. Evoluindo com melhora parcial dos sintomas. Seis meses após, o Requerente realizou outra ENM com melhora parcial da lesão. O Autor passou a deambular com auxílio de muletas e apresentava discretos movimentos com o pé esquerdo.

(4)

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

O convênio médico do Autor foi cancelado, motivando procura de outro médico. Prescritos sessões de fisioterapia e natação. O Requerente observou melhora parcial. Início de atividades com boa e caminhadas. Evoluindo com melhora dos sintomas.

Ao ser avaliado pelo médico assistente, um ano após, o Autor foi informado da irreversibilidade de seu quadro.

Atualmente sente dor na região da panturrilha esquerda ao fletir o pé e dor na região posterior da perna esquerda a dorsiflexão do pé. Formigamento contínuo na face posterior da perna esquerda e planta do pé esquerdo. Perda de sensibilidade no pé esquerdo.

ANAMNESE ESPECIAL: Nega uso de medicamentos atualmente, outras cirurgias e internações. Portador de Carteira Nacional de Habilitação tipo D, com validade até 03/06/2007 renovada em 11/06/2002.

HISTÓRICO OCUPACIONAL: Admitido em 11/07/1994, como Cobrador, na Expresso Santa Luzia. Classificado posteriormente como Motorista, no final de 1997, com horários variáveis conforme escala. O Autor está de alta médica do INSS que o liberou para o trabalho, não concedendo benefício previdenciário. Desde meados de 2002, o Requerente trabalha como Motorista na empresa Expresso Santa Luzia.

3 - DESCRIÇÃO - EXAME FÍSICO

Ectoscopia. Discreta dificuldade para andar na ponta do pé esquerdo. Marcha sobre os calcanhares, sobre um pé e pé na frente de pé preservados. Cicatrizes consolidadas na raiz da coxa direita e coxa esquerda, fossa poplítea esquerda, terço superior da perna esquerda, face anterior do terço médio da perna esquerda. Fraqueza dos músculos abductor do hálux e gastrocnêmio esquerdos. Reflexo patelares normoativos bilateralmente. Reflexo aquileu ausente à esquerda e normal à direita.

4 - DISCUSSÃO

As veias varicosas e seus sintomas e complicações associados são o distúrbio vascular mais comum dos membros inferiores.

O termo "variz" é derivado do latim que significa dilatado, caracterizando veia tortuosa, dilatada e aumentada.

Estima-se que 10 a 20% da população mundial possuam veias varicosas nas extremidades inferiores. O homem é o único ser móvel que apresenta essa doença pelo fato de andar ereto, pois nessa posição a drenagem sanguínea se faz contra a gravidade.

Rua Lorena 767, Sala 105/106 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
Telefone - (031) 34643153

SECRETARIA DA
BELO HORIZONTE
SECRETARIA DA
370
BELO HORIZONTE

(15)
SECRETARIA G.
37
U
Belo Horizonte

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

Na história natural das varizes de membros inferiores há evidências de que se as mesmas não forem tratadas continuarão a se dilatar, afetando na seqüência outras veias.

Os pacientes portadores de varizes têm pior qualidade de vida que a população em geral, a qual costuma melhorar após o tratamento cirúrgico das mesmas.

O quadro clínico é variável pois alguns pacientes possuem veias varicosas extremamente graves e nenhum sintoma, enquanto que outros apresentam sintomas graves a partir de pequenas varizes.

Os sintomas mais comuns são: dor, edema, peso, câimbras, prurido e desfiguração estética. Com a evolução do quadro pode aparecer como agravamento as seguintes situações: ulcera varicosa, hemorragias e tromboflebites.

O tratamento das veias varicosas visa aliviar o desconforto, evitar ou amenizar as complicações da estase venosa, melhorar a aparência da extremidade e se possível, eliminar a causa das varicosidades, para prevenir a progressão da doença.

As condições que indicam o tratamento cirúrgico são: sintomas graves, varizes muito grandes mesmo que assintomáticas, ataques de flebite superficial, hemorragias, ulcerações devido a estase venosa (geralmente em conjunto com insuficiência venosa profunda), razões estéticas.

O tratamento é realizado através da remoção das veias varicosas e da ligadura dos ramos perforantes incompetentes e pontos de refluxo do sistema profundo para o superficial, ou seja, nas croças das safenas magna e parva.

No caso em tela, o ultra-som vascular realizado em 03/03/2000, evidenciou: "Veia safena magna compressível com calibres aumentados e refluxo desde a junção safeno-femoral até 38 cm de altura." "Veia safena parva compressível com calibres aumentados e refluxo a partir de 33 cm de altura." e ramos tributários insuficientes. Essas condições são compatíveis com a indicação do tratamento cirúrgico.

O emprego do ultra-som vascular (ECO-COLOR-DOPPLER-VASCULAR) é medida de fundamental importância para definir o melhor tratamento cirúrgico.

O tratamento realizado pelo Requerido está de acordo com as normas técnicas preconizadas pela literatura médica.

A lesão de nervo periférico é descrita e aceita pela literatura como possível complicação do procedimento cirúrgico, sem que se caracterize transgressão de norma técnica.

Essa situação pode ocorrer devido à íntima relação das estruturas anatômicas envolvidas (vasos e nervos) e também pelas inúmeras variações anatômicas das referidas estruturas inerentes a cada indivíduo.

Na avaliação atual, o periciado apresenta quadro clínico e eletromiográfico de seqüelas de lesão parcial do nervo tibial posterior esquerdo.

Rua Lorena 767. Sala 105/106 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
Telefone - (031) 34543153

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

O nervo tibial fornece ramos para os músculos da panturrilha, ou seja, flexores plantares e inversores do pé e artelhos. A lesão parcial do nervo tibial posterior acarreta debilidade, em grau leve, do membro inferior esquerdo.

5 - CONCLUSÃO

- Autor apresentou quadro de varizes de membros inferiores com indicação cirúrgica.
- Os meios utilizados para o tratamento das varizes não transgrediram as normas técnicas.
- Apresenta lesão do nervo tibial posterior esquerdo o que acarreta debilidade, em grau leve, do membro inferior esquerdo, condição reconhecida e descrita como possível complicação do procedimento cirúrgico.

6 - RESPOSTA AOS QUESITOS DO RÉU - Hospital Madre Teresa

1 - O periciado foi adequadamente identificado ao exame pericial

R - Sim.

2 - Os documentos médicos dos autos demonstram que o periciado foram avaliado no período pré-operatório.

R - Sim.

3 - Houve realização de exame pré-operatório para análise das condições clínicas

R - Sim.

4 - Os procedimentos discriminados, nos dois quesitos anteriores, representam diligência e zelo por parte do requerido

R - Sim.

5 - Os documentos médicos indicam que o diagnóstico clínico foi bem feito e a indicação cirúrgica adequada

R - Sim.

6 - O resultado funcional vascular, que era o objetivo da cirurgia, foi bem sucedido

R - Sim.

7 - O Sr. Expert detectou, em suas análises, indicativos de inadequações técnicas, em relação aos procedimentos cirúrgicos elaborados pelo requerido

R - Não.

Rua Lorena 767, Sala 105/106 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
Telefone - (031) 34643153

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

8 - As técnicas operatórias praticadas pelo requerido foram do tipo experimental, ou são consagradas pela doutrina médica

R - Consagradas pela doutrina médica.

9 - A intercorrência surgida é descrita na literatura médica como possível, apesar dos cuidados e zelo praticados pelo médico assistente

R - Sim.

10 - Existe condição técnica, em medicina, de se garantir resultados positivos, ou seja, garantir inócuência de complicações, Por que

R - Não, O médico tem o dever de empenhar-se na procura dos meios adequados para o tratamento de um paciente, agindo com zelo e de acordo com as técnicas próprias de sua função.

Paciente e médico têm um objetivo comum: a busca da cura de um enfermo, mas a ciência médica e a própria natureza do paciente, não permitem garantir que essa meta seja sempre assegurada. Ambos se empenharão, na tarefa de perseguir o objetivo, cura, porém sem a certeza de poderem alcançá-lo.

Ao prestar um serviço médico, o profissional, cinge-se, a por seus conhecimentos técnicos à disposição do paciente, desempenhando-os com zelo e adequação, utilizando dos meios adequados e necessários para a assistência médica.

11 - O tratamento médico é uma relação de custos/benefícios, ou não se justificam, tecnicamente, as intercorrências e óbitos

R - Relação custo/benefício.

12 - É certo que lesões naturais tendem a se recuperar até espontaneamente, com o transcurso do tempo

R - Sim.

13 - O exame atual demonstra indício de recuperação da cirurgia

R - Ver corpo do laudo e avaliação atual.

14 - Pode o sr. perito avaliar se o estado do periciado é de invalidez permanente como afirmado na inicial

R - Não há invalidez permanente.

15 - Pode o Sr. perito informar se o periciado está em condições de exercer sua profissão

R - Sim, o Autor a está exercendo.

16 - Queira o Sr. perito aditar tudo o mais que possa interessar ao justo desate da lide

R - Ver corpo do laudo.

(8)
SECRETARIA L.
37
K
BELO HOB

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

7 - RESPOSTA AOS QUESITOS DA LITISDENUNCIADA. *(uma das 3 médicas Réus)*

1 - Se o ato cirúrgico a que se submeteu o autor e está sendo objeto da perícia médica foi precedido de diagnóstico? Em caso afirmativo, qual foi a doença detectada e o médico angiologista que o diagnosticou, Enfim, se o caso diagnosticado foi procedido corretamente dentro dos padrões pertinentes

R - Houve diagnóstico de varizes de membros inferiores, condição firmada pelo Dr. [REDACTED]. Retornar ao laudo.

2 - O ato cirúrgico praticado no autor foi realizado dentro dos padrões convencionais? tecer comentário necessário à compreensão deste quesito

R - Ver corpo do laudo.

3 - Houve no ato cirúrgico em questão - modus operandi - algum aspecto desaconselhável ou desnecessário ao tratamento da doença diagnosticada?

R - Vide discussão.

4 - Em decorrência do ato cirúrgico o autor teria sofrido alguma lesão?

R - Sim, estas informações estão descritas no corpo do laudo.

5 - Em caso afirmativo ao quesito anterior, na lesão ocorrida em decorrência do ato cirúrgico revela algum tipo de negligência, imperícia ou imprudência do cirurgião ou está ela circunscrita ao campo do eventual risco cirúrgico?

R - O Perito não constatou transgressão de norma técnica nos meios utilizados no caso em tela. A lesão constatada está circunscrita ao campo do eventual risco cirúrgico.

6 - O modus operandi empregado na cirurgia estava dentro do convencional, quanto aos cuidados, conhecimentos, habilidade e zelo empregados na cirurgia

R - Sim.

7 - Enfim, a eventual lesão ao suplicante sinaliza imperícia, negligência ou imprudência do cirurgião, ou a sua existência independe (ou, independeria) da habilidade do cirurgião

R - O Perito não constatou transgressão de norma técnica.

8 - O autor já está deambulando (e, ou) trabalhando, ou, então, em condições de voltar às suas atividades, fundamentar a resposta deste quesito

R - Ver corpo do laudo.

9 - Após a cirurgia, o autor submeteu a outra visando a correção da anterior, Precisa ou não de intervenção cirúrgica, da mesma natureza, visando tratamento da mesma doença

R - Retornar ao laudo.

Rua Lorena 767. Sala 105/106 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
Telefone: (031) 34643153

(9)

SECRETARIA
3
K
-BELO H

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

8 – RESPOSTA AOS QUESITOS DO RÉU

1 – De acordo com a documentação dos autos, queira descrever qual era o quadro do Autor quando foi atendido pela primeira vez pelo Réu

R – O Autor apresentava varizes em membros inferiores e queixava-se de dor em peso e edema em membro inferior.

2 – De acordo com os documentos dos autos, sendo o paciente portador de varizes e tendo que trabalhar assentado por longos períodos, a cirurgia era indicada

R – Sim, retornar ao laudo.

3 – O que são varizes

R – Dilatação das veias devido a insuficiência valvular. A insuficiência valvular decorre de: predisposição genética, atividade laborativa, obesidade, sexo feminino, fumo e outros.

4 – O que as varizes podem causar aos pacientes afetados

R – Retornar ao laudo.

5 – Quais as complicações mais freqüentes nos pacientes portadores de varizes

R – Vide corpo do laudo.

6 – A técnica cirúrgica utilizada era indicada para o caso

R – Sim, retornar ao laudo

7 – O que quer dizer o diagnóstico de “lesão no nervo fibular e tibial”, Tal lesão foi causada por secção do nervo

R – Ver resultado da Eletroneuromiografia atual.

8 – O que significa na linguagem médica “lesão de nervo”

R – Significa toda e qualquer ato que leva a contusão, compressão, distensão ou ferida (dilaceração ou secção parcial ou total).

9 – De acordo com a literatura médica, a lesão apresentada após a cirurgia é descrita como uma complicação para o procedimento, Explicar.

R – Sim, ver corpo do laudo.

10 – Existe tratamento cirúrgico ou fisioterapêutico capaz de reverter ou amenizar o quadro apresentado pelo autor, Explicar

R – Sim. O resultado final é variável conforme a gravidade da lesão.

11 – O Autor atualmente apresenta algum dano estético ou funcional, Caso positivo, em qual grau

R – ver corpo do laudo.

Rua Lorena 757. Sala 105/106 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG

Telefone: (031) 4643153

SECRET 376
Belo Horizonte

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

12 – O Autor atualmente encontra-se em condições de exercer suas atividades
R – Sim, o Autor está exercendo suas atividades.

13 – Qual o quadro atual do autor
R – Ver corpo do laudo

14 – O encontra-se exercendo alguma atividade remunerada
R – Sim, ver corpo do laudo.



Rua Lorena 767, Sala 105/106 – Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
Telefone - (031) 34643153



**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA E
ELETRONEUROMIOGRÁFICA PARA FINS PERICIAIS**

DATA: 16/10/2003

MÉDICO REQUISITANTE: D. RENATO ASSUNÇÃO GUIMARÃES

Nome: [REDACTED] (2)

Idade: 29 anos Sexo: Masculino Profissão: Motorista de ônibus

1. ANAMNESE

O Periciado relata que foi operado de varizes em ambos os membros inferiores em abril de 2000, tendo desenvolvido no pós-operatório imediato dor intensa na perna E. Fez fisioterapia e usou numerosos medicamentos, de cujos nomes não se lembra. Após 6 meses, a intensidade da dor diminuiu, mas sente dor constante nos artelhos e região plantar. Voltou ao trabalho há 1 ano e relata que ao fletir o pé E sente "um nó" na panturilha E.

2. EXAME NEUROMUSCULAR

Perímetros das pernas 13 cm abaixo das bordas inferiores das patelas: 34.5 cm à D e 35 cm à E. Força muscular: Fraqueza dos músculos abductor do halux e gastrocnêmio E; força normal no extensor curto dos artelhos, extensor longo do halux, tibial anterior, quadríceps. Reflexos patelares normoativos bilateralmente; reflexo aquileu normoativo à D e ausente à E. Disestesia aos estímulos tátil e doloroso na planta e borda lateral do pé E, correspondente aos territórios dos nervos tibial posterior e sural. Discreta dificuldade para andar na ponta do pé à E.

3- ELETRONEUROMIOGRAFIA

CONDUÇÃO MOTORA

Nervo	LD ms	Média (DP)	A mV	VCM m/s	Média (DP)
Fibular comum E	3.8	4.3 (0.8)	30.4 (Média 7.1)	50	49.1 (3.9)
Tibial posterior E	6.0	4.5 (0.8)	3.8 (Média 10.0)	64	40.7 (2.9)
Fibular comum D	3.9	4.3 (0.8)	16.8 (Média 7.1)	42	49.1 (3.9)
Tibial posterior D	4.1	4.5 (0.8)	11.6 (Média 10.0)	47	40.7 (2.9)

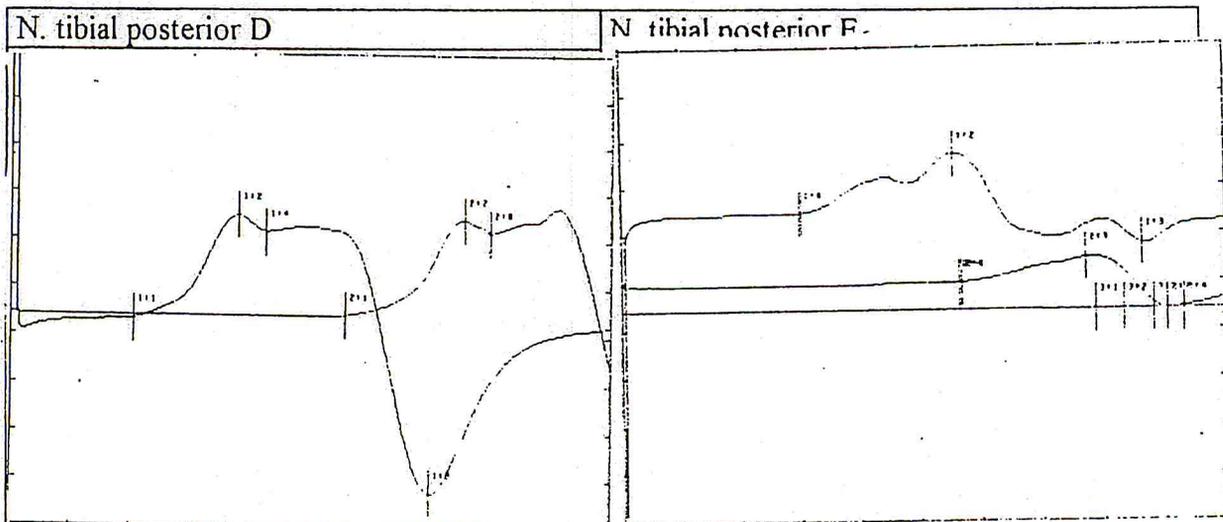
LD= Latência distal A= Amplitude VCM= Velocidade de condução motora

CONDUÇÃO SENSITIVA

Nervo	Latência ms	Média (DP)	Distância cm	Amplitude mcV	VCS m/s
Sural E	7.3	4.8 (0.5)	17	1.4 (Média 10)	-
Sural D	4.6	4.8 (0.5)	17	9.2 (Média 10)	-

(2)

Paciente: XXXXXXXXXX
 Data: 16/10/2003
 Condução motora

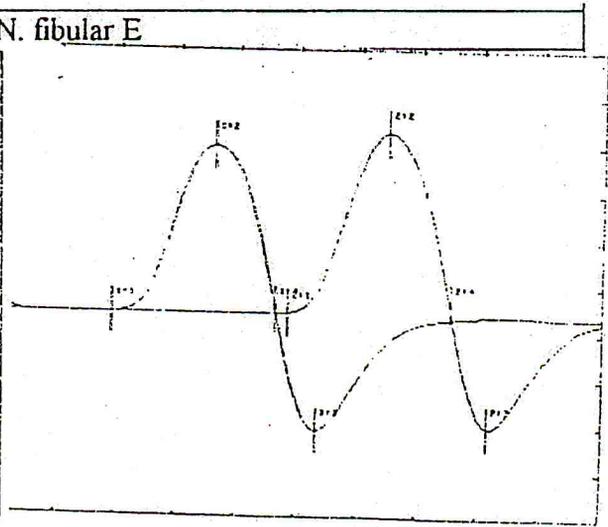
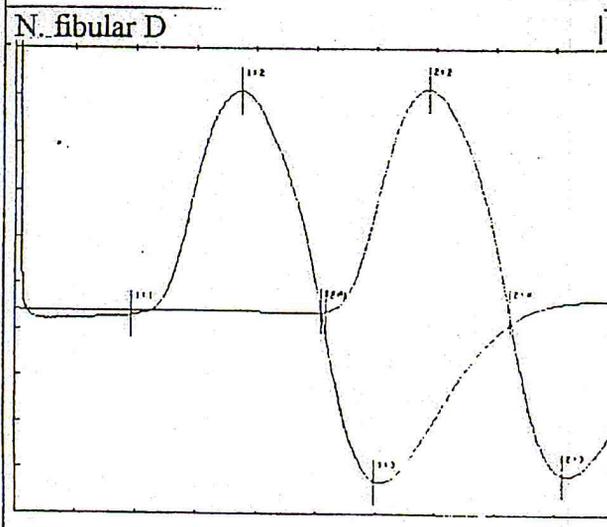


Control Settings

Sweep time	Chan	Lo sens	Hi cut	Avg cut	Stimulus rate	Stimulus dur
mS/DV		V/DV	Hz	Hz	pps	mS
:	2	2.00m	2-10K	---	1	.2
::	2	2.00m	2-10K	---	1	.2

Control Settings

Sweep time	Chan	Lo sens	Hi cut	Avg cut	Stimulus rate	Stimulus dur
mS/DV		V/DV	Hz	Hz	pps	mS
1:	2	2.00m	2-10K	---	1	.1
2:	2	2.00m	2-10K	---	1	.5



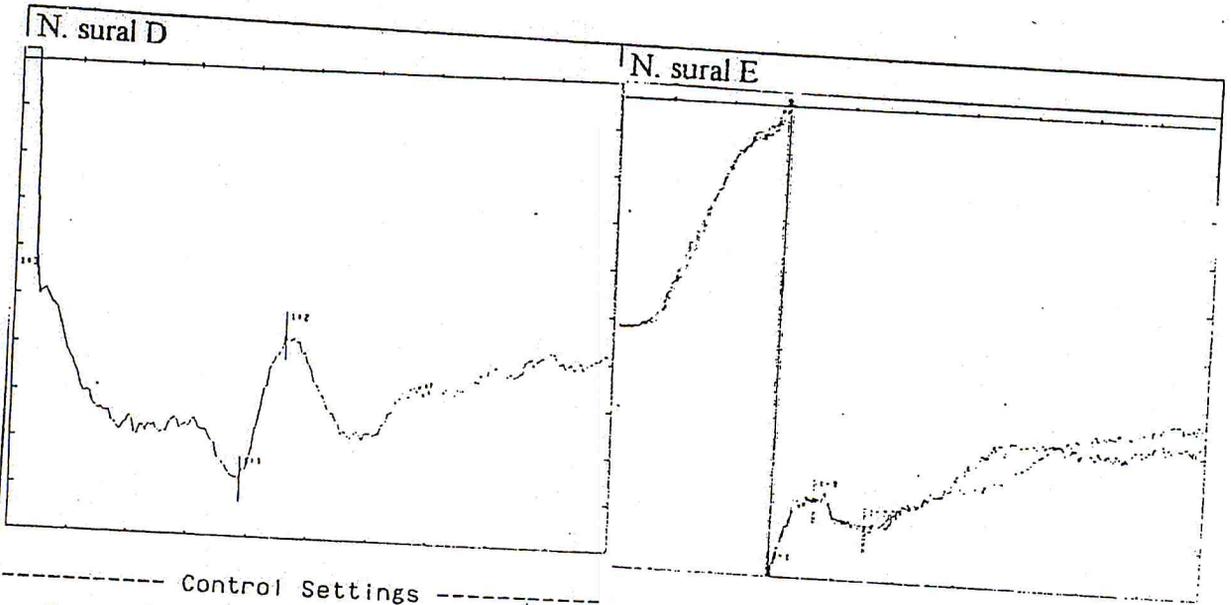
Control Settings

Sweep time	Chan	Lo sens	Hi cut	Avg cut	Stimulus rate	Stimulus dur
mS/DV		V/DV	Hz	Hz	pps	mS
1:	2	2.00m	2-10K	---	1	.2
2:	2	2.00m	2-10K	---	1	.2

Control Settings

Sweep time	Chan	Lo sens	Hi cut	Avg cut	Stimulus rate	Stimulus dur
mS/DV		V/DV	Hz	Hz	pps	mS
2	5.00m	2-10K	---	1	.1	
2	5.00m	2-10K	---	1	.1	

Paciente: [REDACTED] (2)
 Data: 16/10/2003
 Condução sensitiva

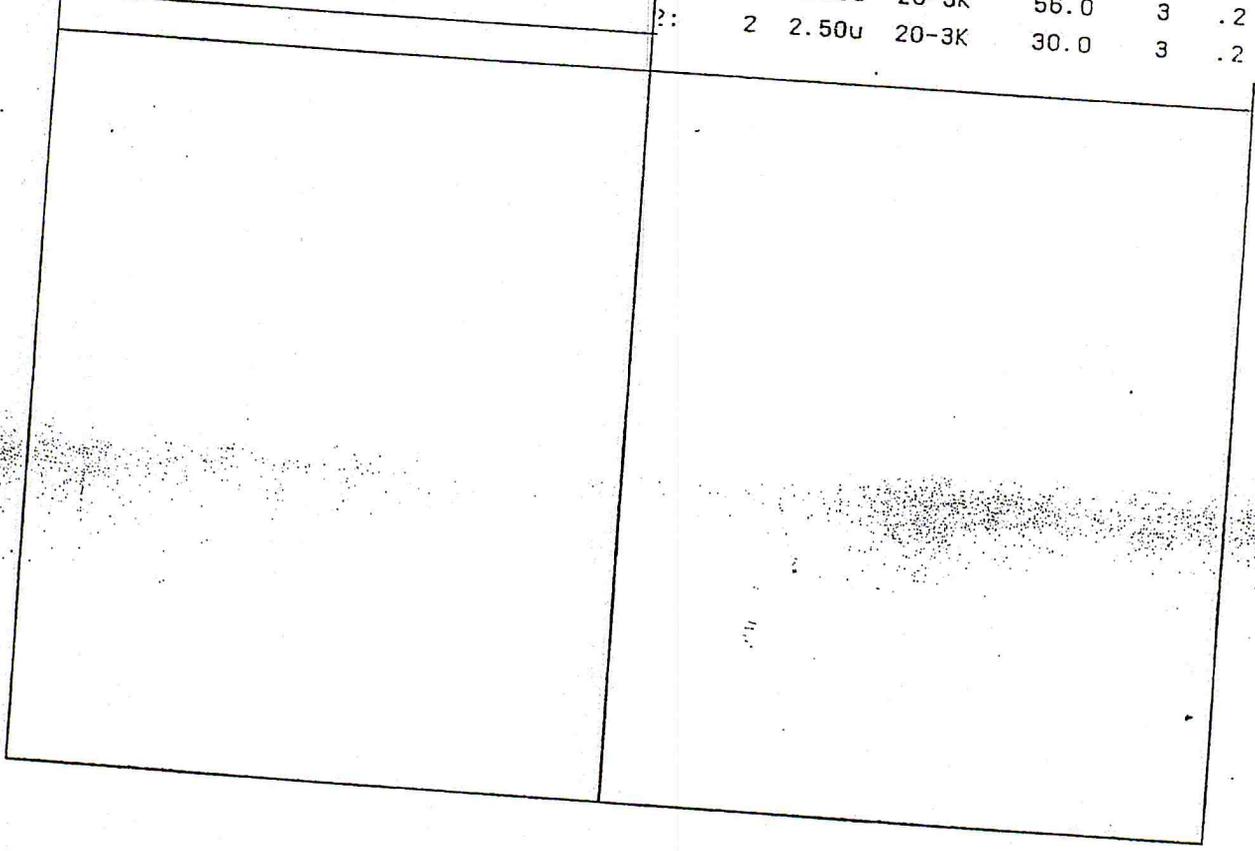


Control Settings

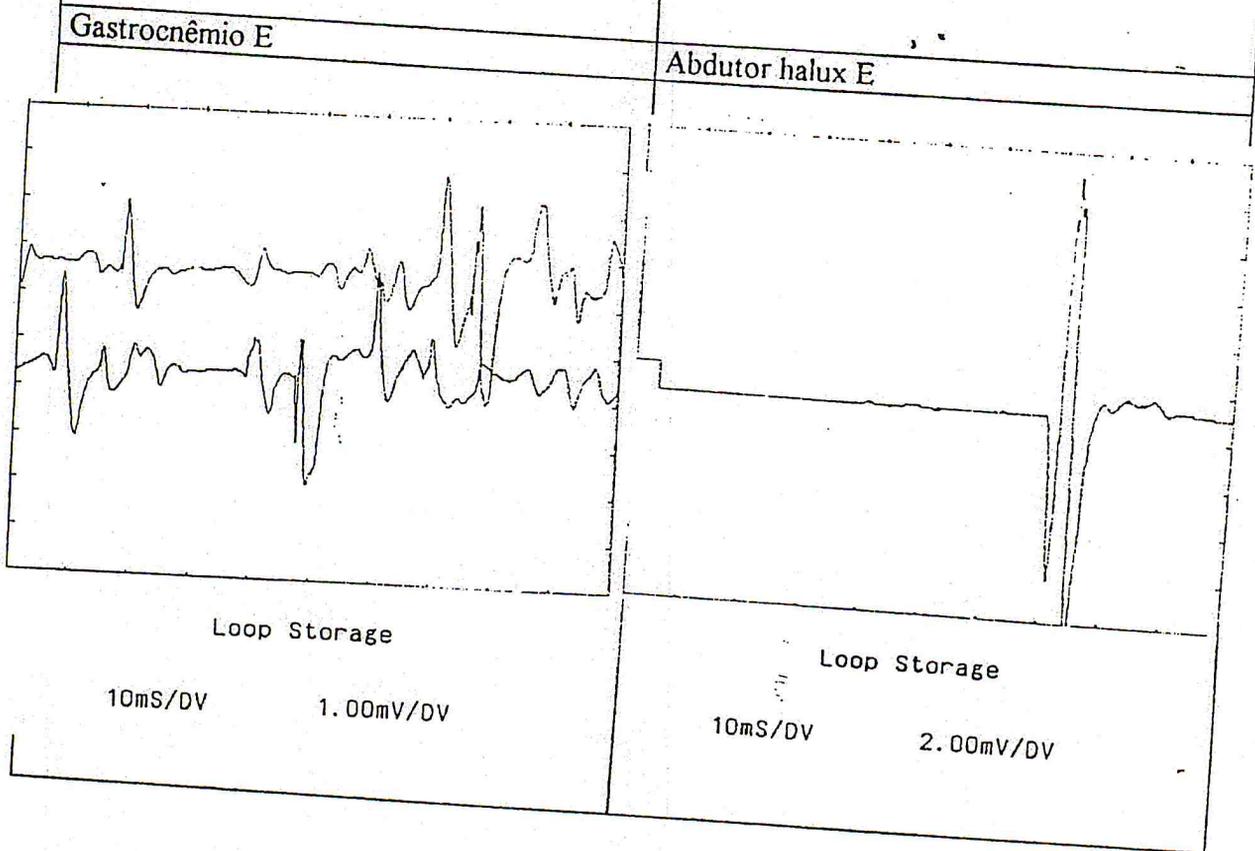
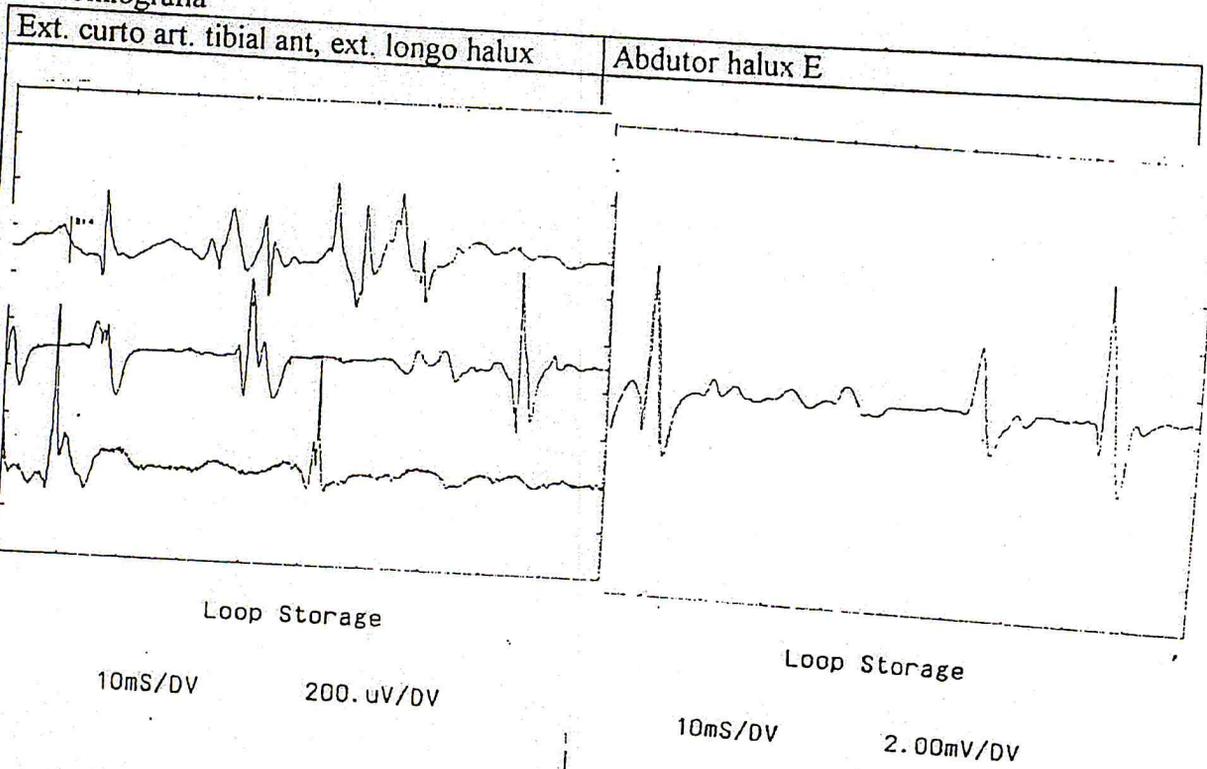
Sweep time	Chan	Lo	Hi	Avg	Stimulus rate	Stimulus dur
mS/DV	V/DV	Hz	Hz	cnt	pps	mS
1:	1	10.0u	20-3K	---	1	.2

Control Settings

Sweep time	Chan	Lo	Hi	Avg	Stimulus rate	Stimulus dur
mS/DV	V/DV	Hz	Hz	cnt	pps	mS
2	2.50u	20-3K		56.0	3	.2
2	2.50u	20-3K		30.0	3	.2



Paciente: [REDACTED]
Data: 16/10/2003
Eletromiografia



15

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial

EXMO SR DR JUIZ DE DIREITO DA 33ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE
BELO HORIZONTE



AUTOS N.º : 024.01 [REDACTED] ②

AUTOR: [REDACTED]

REU: INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA

Renato D'Assumpção Guimarães, perito médico legista, inscrito junto ao CRMMG sob o n.º 27232, prestigiado com honrosa nomeação e compromissado com V. Exa. na Ata de Audiência de fls. na presente ação vem, mui respeitosamente, apresentar respostas aos esclarecimentos formulados pela parte Autora em fls.

ESCLARECIMENTOS:

1) Informar de forma clara qual a relação existente entre o nervo tibial lesionado no Autor e a veia safena magna e parva, além das mesmas pertencerem ao Autor; que justifique a alegação de manuseio do referido nervo

R- O nervo tibial desce através da fossa poplíteia. A veia safena parva começa na junção da veia digital dorsal do lado lateral do dedo mínimo do pé com o arco venoso dorsal. Ela sobe ao longo da borda lateral do tendão calcâneo, atrás do maléolo lateral. Sobe, então, no dorso da perna, passando entre a cabeça do músculo gastrocnêmio e perfura a fascia da fossa poplíteia. Apresenta variações anatômicas em seu fim, podendo terminar na veia poplíteia ou safena magna, em veias profundas ou veias musculares da parte inferior da coxa e ocasionalmente nas veias dos músculos da panturrilha. Assim, observa-se que as duas estruturas passam na fossa poplíteia bem próximas, podendo existir variações anatômicas.

2) Demonstrar de forma clara, o local em que efetivamente foi realizada a cirurgia no autor

R- No laudo pericial, o Perito descreve de forma clara cicatrizes compatíveis com via de acesso cirúrgico na região da fossa poplíteia esquerda, local da incisão cirúrgica para a retirada da veia safena parva.

3) Apresentar literatura médica, que aceite a lesão do nervo tibial, como de acordo com as normas técnicas preconizadas para a cirurgia de varizes

R- Havendo proximidade anatômica entre a veia e o nervo é possível a lesão da estrutura nervosa durante ato operatório.

Renato D'Assumpção Guimarães - CRMMG 27232
Medicina Legal - Perícia Judicial



4) Há na literatura médica ou mesmo na própria ética médica procedimentos descritos que determinem que o médico exponha os riscos de uma cirurgia ao seu paciente?

R- O médico deve informar ao paciente o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar dano ao paciente (art. 59 do Código de Ética Médica)

5) Todos os atos, ocorrências e intercorrências que possam acontecer durante uma cirurgia, deve, obrigatoriamente estar descrito no resumo do ato cirúrgico, preenchido pelo médico

R – Sim.

6) Diante da ausência de indícios, no resumo do ato cirúrgico de fls. 350, de nenhum manuseio específico no nervo tibial esquerdo, o qual encontra-se lesionado, como pode o Dr. Perito afirmar que o ato cirúrgico obedeceu as normas técnicas indicadas para a cirurgia de varizes

R – Durante o ato operatório, em decorrência da manipulação cirúrgica do campo operatório, proximidade de estruturas, variações anatômicas, alterações locais (aderências, processos inflamatórios, sangramentos), eventuais lesões podem passar despercebidas com diagnóstico no pós-operatório, como ocorrido no caso em tela, sem que tenha existido transgressão de norma técnica.

SENTENÇA



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

431
D

(12)

COMARCA DE BELO HORIZONTE – JUÍZO DA 33ª VARA CÍVEL

Processo nº024.01. [REDACTED]

Vistos, etc.

(2)

[REDACTED] ajuizou a presente ação de INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E ESTÉTICOS em face do INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONÁRIAS DE MARIA IMACULADA, qualificados, alegando, em síntese, que no dia 10/04/2000, internou-se na clínica Ré para fazer uma simples cirurgia de varizes, operação realizada pelo Dr. [REDACTED], tendo recebido alta no dia posterior, quando lhe foi informado que em dois ou três dias estaria exercendo normalmente suas atividades.

Ocorre que, após uma semana, o Autor sequer conseguia permanecer de pé, tamanha era a dor que sentia. Retornou, então, ao Hospital Réu, tendo o médico lhe receitado alguns remédios. Diante da piora do quadro clínico do Autor, foi-lhe indicado um novo médico, que diagnosticou a lesão do nervo fibular e tibial esquerdos.

Em função do ocorrido, o Autor permaneceu por mais de cinco meses caminhando com auxílio de muletas e, até o presente momento, sente dormência na perna lesionada e dor constante, além de sensação de fraqueza. Foi, então, afastado do trabalho por incapacidade e não pode mais fazer uso de sua carteira de habilitação, pois não tem condições físicas para dirigir veículos automotores, em especial, os da classe D – ônibus e similares – impedindo-o de exercer sua atividade de motorista.

Sustentou que houve erro médico por parte do profissional que realizou a operação e que a culpa do hospital é presumida, nos termos da Súmula 341 do STF e Art.1521, III, do CC/1916.

Discorreu sobre o dano moral e estético sofrido, afirmando ter passado por situações constrangedoras, face ao sentimento de inferioridade em relação às outras pessoas.

Alegou que o dano material está representado pela diminuição ou perda de sua capacidade laborativa, deixando de auferir seu rendimento para sustento da família.

[Handwritten signature]



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

482
C7

18

Requeru, ao final, a procedência do pedido para condenar a Ré ao pagamento de: a) indenização por danos morais em forma de pensão, calculada de acordo com a diminuição de seu rendimento na função de motorista de ônibus, até o final de sua vida, incluindo 13º salário; b) reparação por danos morais e físicos.

Com a inicial vieram aos autos: procuração, declaração para concessão dos benefícios da assistência judiciária e documentos de f.10/61.

Citado, o Réu ofertou contestação (f.66/77), requerendo, de início, a denúncia da lide aos médicos Dr. [redacted] ^a, Dra. [redacted] ^b e Dra. [redacted] ^c.

Relativamente ao mérito, alegou que os profissionais que realizaram a operação fazem parte da cooperativa médica Rajacoop, a qual contratou o Hospital Madre Teresa para que os médicos utilizassem suas instalações. Assim, os profissionais indicados pelo Autor na inicial não são prepostos do Réu. Discorreu, por fim, sobre os critérios que devem ser levados em conta para fixação da indenização.

Impugnação à contestação (f.100/107).

Intimadas as partes para especificação de provas (f.107v), a Ré pugnou pela produção de prova oral e pericial (testemunhal e depoimento pessoal do Autor).

Deferido ^a o pedido de denúncia da lide, o 1º denunciado, Dr. [redacted], ofertou contestação (f.125/145), descrevendo os problemas apresentados pelo Autor que o levaram a optar pelo ato cirúrgico, após conhecimento de todos os benefícios e riscos do procedimento. Informou que foi o cirurgião que coordenou os trabalhos, tendo como 1º e 2º auxiliares, respectivamente, as Dras. [redacted] ^c e Dra. [redacted] ^b (também denunciadas à lide). Esclareceu que quando da ^b dissecação, havia um sangramento abundante na região e muita aderência de estruturas anatômicas no local, devido a um processo inflamatório

210 -



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

183
2

19

que o Autor havia apresentado quando da primeira consulta, o que levou o denunciado a agir com mais cautela. Após a cirurgia e a retirada dos pontos, o Autor queixou-se de dor de características neurológicas, quando o denunciado explicou que esta era uma complicação que poderia ocorrer em pós-operatório de cirurgia de varizes, prescrevendo um tratamento e, se não surtisse efeito, seria encaminhado a um colega neurologista, como ocorreu. Constatou-se, então, que o Autor estava com neuropatia do nervo tibial posterior esquerdo e fibular esquerdo, mas o próprio neurologista, durante o tratamento, afirmou, ao final, que o Autor estaria apto para retornar ao trabalho. Argumentou que o Requerente pode exercer suas atividades habituais, como correr, jogar bola, subir escadas e a fraqueza a que se refere deve-se ao fato de que a musculatura atrofiou por falta de uso, o que é comum e reversível com a prática de exercícios.

A 3ª denunciada à lide, Dra. [REDACTED] [REDACTED] argüiu preliminar de ilegitimidade *ad causam* (f.211/216), sob o fundamento de que o próprio Autor afirmou que a profissional "jamais o atendeu". No mérito, alegou não estarem configurados a culpa e o nexo causal e que a cirurgia constitui obrigação de meio e não de resultado.

Por sua vez, a 2ª denunciada ofertou resposta às f.218/229, argumentando que era mera residente na época dos fatos, não podendo ser responsabilizada por qualquer lesão que eventualmente tenha sido produzida em razão do ato cirúrgico. Após, discorreu sobre os requisitos da responsabilidade civil, alegando que o paciente recebeu o tratamento adequado.

Impugnações às contestações (f.237/244, 245/250 e 251/256).

Intimadas para especificação de provas (f.258v), as partes requereram a produção de prova oral e pericial.

Deferida a realização de perícia técnica (f.266), foram formulados quesitos (f.267/268, 332/333 e 334/335).

Laudo pericial ofertado às f.367/376.



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

4

434
D

Designada audiência de conciliação, instrução e julgamento, o ato realizou-se às f.473/474, oportunidade em que, após frustrada a tentativa de composição, foram inquiridas as testemunhas arroladas pelo Réu e denunciados. As testemunhas arroladas pelo Autor foram ouvidas através de carta precatória. Em alegações finais orais, foram reiterados os termos da inicial e defesa.

É o relatório. Decido.

O feito encontra-se em ordem, inexistindo vícios aparentes a inquiná-lo de nulidade.

Da ação principal:

Cuida-se de ação ordinária de indenização proposta apenas em face do Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada – entidade mantenedora do Hospital Madre Teresa – através da qual o Autor, com fundamento em alegado erro médico praticado quando da submissão a uma "cirurgia de varizes", pretende a condenação do Réu ao pagamento de danos morais e materiais, estes calculados em forma de pensão, de acordo com a diminuição de seus rendimentos na função de motorista de ônibus, desde a data do infortúnio até a de sua morte.

Em sua defesa o Réu alegou, basicamente, não estar configurado o nexo causal entre a conduta e o dano, ao argumento de que os médicos que realizaram a cirurgia fazem parte da cooperativa Rajacoop, a qual contratou o Hospital para utilização das instalações. Assim, considerando que os profissionais não são prepostos do Réu, a este não poderia ser imposto o dever de indenizar.

Com efeito, a relação travada entre o Autor e seu plano de saúde (Executive Med) é nitidamente de consumo. Por sua vez, conforme consta do depoimento de f.441, o plano em questão mantém convênio com o Réu, razão pela qual, realizou-se a cirurgia naquele local, embora o médico e seus auxiliares não sejam empregados diretos do Requerido.



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

21
485

A contratação efetivada entre a "Cooperativa de Especialidades Médicas e Fisioterápicas – Rajacoop" e o Réu está discriminada às f.79/82, tendo por objeto a "utilização, em caráter não exclusivo da infra-estrutura técnico-administrativa do Hospital Madre Teresa, pelos cooperados, associados da Contratante, para atendimento de pacientes das partes contratantes" (cláusula 1ª).

Naturalmente, pela disponibilização do espaço físico e toda infra-estrutura onde foi realizada a cirurgia do Autor, o Réu exigiu o pagamento de remuneração por parte da cooperativa (cláusula 3ª).

No caso, a relação de consumo não se limita à contratação Autor-plano de saúde; estendendo-se, na verdade, para o Réu, que passa a fazer parte da cadeia de fornecedores (Art.12 do CDC), já que auferir lucro com sua atividade, a qual, por sua vez, está, ainda que indiretamente, relacionada à cirurgia a qual foi submetido o Autor.

Sobre esse aspecto, leciona Cláudia Lima Marques:

"A cadeia de fornecimento é um fenômeno econômico de organização do modo de produção e distribuição, do modo de fornecimento de serviços complexos, envolvendo grande número de atores que unem esforços e atividades para uma finalidade comum, qual seja a de poder oferecer no mercado produtos e serviços para os consumidores. O consumidor muitas vezes não visualiza a presença de vários fornecedores, diretos e indiretos, na sua relação de consumo, sequer tem consciência (...). A nova teoria contratual, porém, permite esta visão de conjunto do esforço econômico de "fornecimento" e valoriza, responsabilizando solidariamente, a participação destes vários atores dedicados a organizar e realizar o fornecimento de produtos e serviços".¹

"Em outras palavras, visualiza-se hoje a existência de uma obrigação (de meio ou de resultado) vinculando o consumidor, o executor direto dos serviços (médico, enfermeiros, anestesista etc. e o fornecedor indireto dos

¹ Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 4.ed., pág.334/335.

 Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

22

486
A

serviços (hospital, consultório médico, empresa seguradora ou operadora, que explora economicamente a modalidade de medicina pré-paga), o qual contratou com o consumidor e organizou essa cadeia solidária de fornecedores do serviço médico." ²

Evidenciada a relação de consumo entre as partes, aplicam-se as regras previstas na Lei 8.078/90, ainda que de ofício pelo Juiz, por se tratar de normas de ordem pública (Art.1º).

Sob esse prisma, tem-se que, embora o Autor tenha fundamentado a responsabilidade do hospital Réu nos ditames previstos pelo Código Civil, em especial, na configuração de culpa *in eligendo*, é de se ver que se trata de responsabilidade objetiva (Art.14 do CDC), sendo prescindível a prova da culpa.

Portanto, para que a pretensão indenizatória seja acolhida basta a prova do dano e do nexo de causalidade entre este e a conduta (no caso, a dos profissionais que realizaram a cirurgia).

No caso, não existe nexo de causalidade entre a conduta dos profissionais que realizaram a cirurgia e o dano (não pelo fato de que os profissionais não sejam prepostos do Réu – argumento já analisado – mas porque os autos dão conta de que o médico não foi imperito; ao contrário, obedeceu todas as normas e procedimentos exigidos para a operação a que o Autor se submeteu), senão vejamos.

Inicialmente, convém enfatizar que o médico, em hipóteses como a dos autos (sendo esta a regra geral), exerce uma obrigação de meio e não de resultado, ou seja, deve se esforçar ao máximo para obter a solução para o problema que lhe foi apresentado, agindo de forma regular e dentro dos parâmetros procedimentais e técnicos da medicina. Mas isso não significa que a obrigação do médico só estará satisfeita com a necessária obtenção do resultado almejado pelo paciente, pois há casos em que os recursos da ciência ou mesmo a natureza do paciente (o que ocorreu no caso em tela), não permitem que o resultado satisfatório seja alcançado.

² Op. cit., pág.406/407.

22



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

487
d

Confira a lição de Miguel Kfouri Neto³:

"O encargo assumido pelo médico configura obrigação de meios – e só por exceção constituirá obrigação de resultado. O desdobramento, quanto ao ônus da prova, é que, nessa última, ao paciente/vítima incumbirá apenas demonstrar que o resultado não foi alcançado – e ao médico competirá a prova de um fato que o exima da responsabilidade. Quanto à primeira, a vítima deverá fazer prova de que o médico não agiu com o grau de diligência razoável e houve descumprimento culposo."

Neste sentido, a jurisprudência⁴:

"INDENIZAÇÃO - ERRO MÉDICO - CULPA - DANO - NEXO CAUSAL-PROVA. O relacionamento que se estabelece entre o médico e o paciente é *sui generis*, tratando-se de obrigação de meio, não de resultado, pois tem por objeto a prestação de cuidados conscienciosos e atentos, e, portanto, para que haja responsabilização por dano causado a paciente em consequência da atuação do profissional, é necessário que resulte provado de modo concludente que o evento danoso se deu em razão de negligência, imprudência, imperícia. Não demonstrada a conduta médica contrária a de obrigação de tratar do doente com zelo e diligência, utilizando-se dos recursos da ciência, e não determinado o nexo causal nem a causa eficiente do dano, impossível reconhecer responsabilidade dele decorrente."

Com efeito, a solução do caso em tela passa, necessariamente, pela análise da prova técnica produzida nos autos, sendo essencial destacar a conclusão do expert:

"O tratamento realizado pelo Requerido está de acordo com as normas técnicas preconizadas pela literatura médica.

A lesão de nervo periférico é descrita e aceita pela literatura como possível complicação do

³ Responsabilidade Civil do Médico, 5.ed., pág.81/82.

⁴ TAMG, 7.ª Câmara Cível, rel. Juiz Geraldo Augusto, j. 22/8/1996.

[Handwritten signature]



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

487

procedimento cirúrgico, sem que se caracterize transgressão de norma técnica.

Essa situação pode ocorrer devido à íntima relação das estruturas anatômicas envolvidas (vasos e nervos) e também pelas inúmeras variações anatômicas das referidas estruturas inerentes a cada indivíduo.

Na avaliação atual, o periciado apresenta quadro clínico e eletromiográfico de seqüelas de lesão parcial do nervo tibial posterior esquerdo.

O nervo tibial fornece ramos para os músculos da panturrilha, ou seja, flexores plantares e inversores do pé e artelhos. A lesão parcial do nervo tibial posterior acarreta debilidade, em grau leve, do membro inferior esquerdo" (f.371/372) - grifei.

Portanto, é de se ver que no caso do Autor a cirurgia para correção de varizes era indicada (f.372 - conclusão, item 1) e, além disso, não houve transgressão, pelo profissional, de norma técnica, sendo que o dano causado ao Autor (lesão parcial do nervo tibial posterior esquerdo) não decorreu de imperícia por parte do médico, tratando-se de resultado possível em cirurgia desta espécie, tendo em vista o próprio organismo do paciente, pois existia forte interação anatômica entre o nervo tibial e os vasos da região, o que acabou provocando a lesão do primeiro, no momento em que as veias foram manipuladas pelo médico.

Além disso, embora tenha ocorrido a lesão do nervo tibial, a situação atual do Autor não é de incapacidade, tanto que além de ter recebido alta médica do INSS, o Requerente está exercendo suas atividades profissionais, pois é motorista de ônibus da viação Expresso Santa Luzia (f.370 do laudo e quesitos 14 e 15 - f.373).

No caso, as próprias testemunhas arroladas pelo Autor confirmaram que ele retornou ao trabalho (embora esteja guiando ônibus com embreagem especial - a ar) e pode exercer normalmente suas atividades, exceto jogar futebol, não estando, portanto, totalmente inválido conforme afirmou na inicial.

A 1ª testemunha arrolada pelo Autor afirmou:

ca



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância

9
489
25

"(...)Atualmente o autor é motorista da Expresso Santa Luzia, exerce a função dele quase que normalmente. Ele usa uma embreagem especial (embreagem a ar), que é mais leve que a tradicional. O autor não ficou sem emprego. Durante o tempo em que estava convalescendo ficou sob o regime do INSS e depois retornou para a empresa mencionada" (f.439).

O médico que presta serviços para a empresa na qual o Autor trabalha atestou que "o autor se afastou dia 10 de abril de 2000 e recebeu alta no dia 31 de maio de 2002. Depois disso ele ficou treinando em ônibus para ver se ele daria conta do recado. Em termos motores o autor voltou ao trabalho normal. (...) O quadro do Autor é normal. Apto para o trabalho sem restrições" (f.441).

Por fim, o neurologista para quem o Autor foi encaminhado – e que constatou a lesão do nervo tibial – afirmou que:

"(...) diagnosticou no ora Autor uma alteração do nervo tibial em consequência da cirurgia objeto da ação; que tal alteração é uma complicação possível do tipo de cirurgia em questão. (...) que não houve no caso do Autor secção do nervo tibial; que dentro da literatura médica a recuperação de lesões da espécie do Autor pode ser esperada.(...) que a lesão do nervo tibial do Autor, no caso, foi em decorrência da manipulação cirúrgica em questão; que o nervo tibial fica muito próximo a veia do Autor que foi manipulada durante a cirurgia" (f.475).

Diante do exposto, conclui-se, portanto, que não há nexos causal entre o dano experimentado pelo Autor e a conduta dos profissionais que o operaram, por se tratar de hipótese limitada ao risco cirúrgico.

Da lide secundária:

Diante da improcedência do pedido inicial, resta prejudicada a análise da lide secundária.



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Justiça de Primeira Instância



Neste sentido⁵:

Denunciante vencedor na ação principal. A demanda secundária (denúnciação da lide) somente poderá ser apreciada se o denunciante ficar vencido, pelo mérito, na principal. Caso o denunciante seja vencedor na principal, fica prejudicada a ação de denúnciação, porque não há o que ser indenizado em regresso, já que o denunciante não foi condenado a indenizar (...).

Face ao exposto:

a) julgo improcedente o pedido inicial, extinguindo-se o processo, sem julgamento do mérito, nos termos do Art.269,I, do CPC;

Condeno o Autor ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios que fixo em R\$600,00 (seiscentos reais), suspensa a exigibilidade nos termos do Art.12 da Lei 1.060/50, por se encontrar amparado pelos benefícios da assistência judiciária.

b) julgo prejudicada a lide secundária.

Condeno o denunciante/Réu ao pagamento dos honorários advocatícios aos procuradores dos denunciados, que fixo em R\$1.200,00 (um mil e duzentos reais) para o procurador do 1º denunciado e R\$600,00 (seiscentos reais), respectivamente, para cada grupo de procuradores da 2ª e 3ª denunciadas, na forma do Art.20,§4º do CPC.

P.R.I.

Belo Horizonte, 20 de junho de 2005.


Ana Paula Nannetti Caixeta

Juíza de Direito da 33ª Vara Cível

P.024.01. [REDACTED]

⁵ Código de Processo Civil Comentado e Legislação Processual Civil Extravagante em Vigor, Nelson Nery Júnior, 6.ed., pág.385.

CASO ⑥

123

parto pré-termo - interrupção -
imbução parto - redução dos -
chuveiro anafilático - óbito fetal

Itajubá, 30 de dezembro de 2004.

(gineco, obstetrícia)

} - laudo pericial
- acordos (TJMG)

EXMO.SR. DR.
JUIZ DE DIREITO
2ª VARA CÍVEL DE SANTA RITA DO SAPUCAÍ
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - MG

3471-1155

Autos nº: 04 [redacted]
Requerente: [redacted] ②
Requerido: HOSPITAL ANTONIO MOREIRA DA COSTA
[redacted] ④

FARUM ARLET T PEREI 2 VAR 016856 05/JAN/05 13:01

Exmo. Sr. Dr.

Pela presente, eu José Henrique Schumann Neto, nomeado Perito Judicial no processo acima referenciado, vem informar a V. Excia. que realizei a perícia solicitada e elaborei o seguinte laudo:

HISTÓRICO:

Trata-se de ação de Indenização por ato ilícito movido pela Sra. [redacted] ②
[redacted] contra o Hospital Antonio Moreita da Costa e contra o Dr. [redacted] ④
[redacted].

Foram realizadas pesquisas nos autos e no dia 17/09/04 foi realizada visita ao Hospital Antonio Moreira da Costa para:

1. Examinar os prontuários médicos da requerente arquivados no SAME da instituição. ②
2. Realizar exame médico na Sra. [redacted].
3. Examinar as instalações da Maternidade Eduardo Prado Moreira que faz parte do Hospital Antonio Moreira da Costa e local onde a requerente foi atendida à época dos fatos.

- 224
4. Examinar a Nota fiscal de compra de medicamentos de 10/2003 referente ao consumo de medicação até final de Novembro de 2003 e colher informações do funcionário responsável pela compra de medicamentos e controle de estoque.

Para, então, responder aos quesitos formulados pela requerente às fls: 207 e 208 e pelos requeridos Hospital Antonio Moreira da Costa às fls. 173 à 175 e [REDACTED] às fls. 176 a 178.

(9)

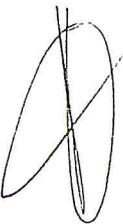
EXAME:

DOS AUTOS:

Do exame dos autos se extrai:

Às fls. 17 : No dia 11/11/03 a Sra. [REDACTED] compareceu à Delegacia de Polícia Civil de Santa Rita do Sapucaí narrou os seguintes fatos:

1. Que estava grávida de sete meses, e fazia pré natal com o Dr. Drauzio e no dia 04/11/03, por volta das 22:00 horas sentiu-se mal em sua residência e foi conduzida até o Hospital para ser medicada.
2. Que chegando ao Pronto Socorro entregou para a enfermeira de plantão seu cartão pré natal.
3. Que foi encaminhada para o Dr. [REDACTED] médico plantonista, que medicou-a e foi colocada no soro.
4. Que certa hora a enfermeira, começou a aplicar-lhe um medicamento no soro, e percebendo que era dipirona, impediu-a de aplicar o restante do medicamento e com isso começou a passar mal.
5. Que ainda disse para a enfermeira que era alérgica a dipirona e que no seu cartão pré-natal estava escrito.
6. Que após alguns minutos desmaiou e voltou a si por volta das 03:00 horas, e ao voltar pode perceber que no seu quarto estava seu amásio, vários enfermeiros, uma médica esposa do Dr. Drauzio e o Dr. [REDACTED]
7. Por volta das 07:30 horas foi comunicada pelo Dr. [REDACTED] que a criança havia morrido, proveniente do medicamento a que foi submetida.
8. No decorrer do dia o Dr. [REDACTED] assistiu-a e ainda tentou provocar um parto normal, e não conseguindo encaminhou-a para o Hospital Regional de Pouso Alegre onde foi internada e no dia 06/11/03 a criança nasceu morta.



225

②

As fls. 19 e 20: Declarações da Sra. [REDACTED] à Polícia Civil no dia 12/11/03 relata os mesmos fatos já citados, porém com mais detalhes, dentre eles destacamos o momento em que o medicamento era administrado e que perguntou a enfermeira e esta respondeu que era Buscopan Composto, medicamento que tem em sua fórmula a dipirona, que neste momento impediu a de injetar o restante do medicamento.

②

Às fls. 24: Declaração de óbito no natimorto filho de [REDACTED] em que consta como Causa Mortis: "Óbito Fetal intraútero" devido ou em consequência de "Choque Anafilático da mãe."

②

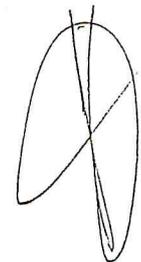
Às fls. 28: Cartão de Pré-natal da Sra. [REDACTED] em que consta no local destinado aos Antecedentes Pessoais a observação "Alérgica Dipirona" destacada com um círculo em torno.

Às fls. 29: Contracapa do Cartão Pré-natal em que consta, acima do cabeçalho a observação "Alérgica dipirona" destacada também por um círculo.

④

Às fls. 48 a 52 termo de declarações do Dr. [REDACTED] na Delegacia de Polícia de Santa Rita do Sapucaí em que consta:

1. Que prestava apoio clínico ao Plantão do Hospital e que foi chamado para atender a paciente na Maternidade. Ao chegar no hospital a técnica de enfermagem entregou-lhe o Cartão de Pré-natal da paciente e que neste ato foi a sala onde a paciente estava, e antes de examina-la perguntou o que estava sentindo, que a mesma respondeu que sentia dores fortes na barriga; perguntou se perdera líquido, respondeu que não e também perguntou se a mesma tinha algum problema de saúde e ela respondeu que não.
2. Realizou o exame médico diagnosticando trabalho de parto prematuro, que então comunicou a paciente da necessidade de internação para receber medicação para tirar as dores para inibir o trabalho de parto.
3. Chamou a técnica de enfermagem Nair e pediu para preparar a internação e foi fazer o prontuário, fez a prescrição médica onde constava dieta geral, soro glicosado com Brycanil, Diazepan 10 mg e Buscopan com glicose.
4. Por volta das zero horas do dia 05/11 foi até sua residência para buscar alguns objetos e antes de chegar foi novamente acionado via telefone, tendo a informação da técnica Nair, que a paciente estava tendo alergia após a medicação. Solicitou que a enfermeira preparasse a medicação fenergan e preparasse também medicação adrenalina em uma seringa de insulina e que não injetasse, pois o declarante estava chegando no Hospital, que não demorou nem um minuto. Que quando chegou no hospital a enfermeira ainda



226
7

estava preparando o medicamento, foi até o quarto e viu que a paciente estava agitada dizendo que iria morrer. Que instalou Oxigênio, verificou a Pressão, que estava um pouco mais baixa que na internação e fez hipóteses diagnósticas de reação alérgica ao buscopan, um efeito colateral do bricanyl ou aos componentes do soro. Que acionou a emergência do Hospital, fez a troca do soro, fez adrenalina subcutânea, colocou Oxigênio com máscara e começou infusão rápida de soro, enquanto isso a enfermeira chegou com o carrinho de emergência junto com a equipe, que pediu para chamar a anestesista Dra. Maria Alice para auxiliá-lo e enquanto isso começou a infundir a dopamina, pois a pressão da paciente continuava baixa. Que a Dra. Maria Alice chegou e aplicou adrenalina diluída em água destilada e que os níveis de pressão normalizaram após 30 minutos após o início do quadro, a pressão permaneceu instável por mais três horas, que após este tempo o quadro da paciente normalizou sendo retirado os medicamentos e mantido o Oxigênio.

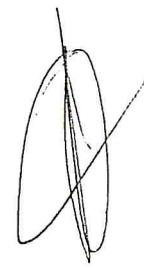
5. Que depois comunicou a paciente que não estava ouvindo os batimentos fetais e que não poderia precisar a causa do óbito e que a melhor opção seria induzir o parto com ocitocina pois seria mais seguro e que após 28 horas de tratamento de indução sem conseguir resposta conversou com a paciente e providenciou a transferência para Pouso Alegre.
6. Perguntado se prescreveu o medicamento Buscopan Composto, respondeu que não, que prescreveu o medicamento Buscopan uma ampola e que este medicamento não tem em sua fórmula a dipirona. Que não sabia que naquele hospital não tinha Buscopan Simples (sem dipirona).
7. Esclarece que jamais prescreve medicações que contém dipirona para gestante.

Às fls. 53: Ficha de prescrição médica em que consta: Dieta Geral, SG5% 500ml + Bricanyl 2 amp EV: 8 gts/min, Diazepam 10 mg 1 comp, VO agora, Repouso, Colher Urina tipo I, Buscopan 1 amp + G50% - 1 amp EV lento.

Às fls. 39 e 40: Prescrições dos medicamentos utilizados após a reação alérgica.

Às fls. 56 a 62: Cópia do prontuário médico da Sr. [REDACTED]

(2)



DA VISITA AO HOSPITAL:

Às 15:05 horas do dia 17/09/04 procedeu-se a visita pericial no Hospital Antonio Moreira da Costa com a presença do Dr. Dráuzio Openheimer, perito assistente do Hospital Antonio Moreira da Costa, Dra. Lyliana C. Barbosa, perita assistente do Dr. [REDACTED] Sra. [REDACTED] e seu procurador Dr. Antonio Evanir de Almeida. (y)

(z) Inicialmente procedeu-se a coleta do Histórico obstétrico da Sra. [REDACTED] em que refere que teve 5 gestações: 1º parto em 1993 – menina; 2ª gravidez – aborto – não se lembra da data; 3ª gravidez – aborto – 10/11/2002; 4ª gravidez – da causa e a 5ª Gestação está em curso, no momento de 6 meses. Tais informações são comprovadas pelo cartão de pré-natal dos autos e também a autora informa que o 1º aborto ocorreu 9 anos após o 1º parto.

Perguntada se trabalhava, informou que trabalhou na Phyrong no período de Janeiro/04 a Março/04 percebendo salário em torno de R\$ 300,00. Afirma que saiu do emprego por solicitação do marido e em virtude da atual gestação. Refere que está fazendo pré-natal e que seu obstetra não evidenciou anormalidades, diz que faz uso de vitaminas e que tomou Dactil OB até o 4º mês. Informa também que os exames laboratoriais estão normais.

Examinou-se então os prontuários médicos anteriores da Sr. [REDACTED] que correspondem às cópias acostadas aos autos. (z)

(z) Ao exame médico observou-se que a Sra. [REDACTED] estava gestante, peso de 64 kg, em bom estado geral, corada, eupneica, hidratada, lúcida, calma, bem orientada no tempo e espaço, respondendo adequadamente aos questionamentos. Apresentava Pressão Arterial de 100x60mmhg. Exame dos aparelhos cardiovascular e pulmonar normais. Sem edemas. Abdome globoso com altura uterina de 23 cm compatível com 6 meses de gestação e na ausculta fetal constatou-se 160 bpm, ritmo normal.

Não se detectou incapacidade para o trabalho ou quaisquer seqüelas visíveis decorrentes de gestações anteriores.

Em seguida procedeu-se o exame do local onde a paciente foi examinada em 04/11/03. A paciente chegou na sala de preparos da maternidade Eduardo Prado Moreira por volta das 0:00 hora sendo atendida inicialmente pela enfermeira que logo em seguida telefonou ao médico que chegou para examiná-la 15 minutos após.

A sala tem a dimensão de 2,5 por 3,5 metros, com banheiro e lavatório anexos. Tem uma mesa de exame obstétrico semelhante as utilizadas até a atualidade em outros serviços (Obs: é uma mesa de parto adaptada para exame obstétrico de urgência). Em uma mesinha próxima se observa um sonar marca Tecpson fetal dopler TP725. Nas prateleiras próximas vê-se material de

228
7

curativo, luvas, espéculos, amnioscópio, fleet enema, duas bandejas de amniocentese, sonda retal, lençóis e camisolas. Vê-se, também, foco de luz, escadinha para maca, lata de lixo e suporte de soro. (2)

Durante a inspeção da sala a Sra. [REDACTED] afirma que nesta sala não tomou medicação. Sendo encaminhada ao setor de internação na enfermaria 2.

A enfermaria 2 contém dois leitos Faurer, mesa de cabeceira e terminal de oxigênio. O centro obstétrico é próximo, a poucos passos, e tem sala de parto e sala de cirurgia onde se realizam as cesarianas. Nele encontra-se o carrinho de emergência com material necessário para entubação e os medicamentos: Adrenalina, Atropina, Bicarbonato, Cloreto de Sódio, Cedilanide, Cloreto de Potássio, Diazepan, Decadron, Fenegan, Glicose, Gluconato de Cálcio, Efortil, Hidroclorotiazida, Sulfato de Magnésio, Glicose 50%.

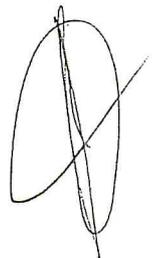
No posto de enfermagem das enfermarias constam os seguintes medicamentos: Novalgina, Dramim B6, Complexo B, Plasil, Oxitocina, Buscopan Simples, Diclofenato de Sódio, Bricanyl, Methergin, Buscopan Composto, Cefalotina, Ambroxol, Tenoxicam, Gluconado de Cálcio, Heparina, Furosemida, Paracetamol, Dimeticona e Fenoterol.

A Maternidade apresenta instalação para a realização de procedimentos de emergência e resolução de procedimentos obstétricos de baixo risco. Quando da ocorrência de gestação de alto risco é feito o encaminhamento para Pouso Alegre.

Solicitado ao administrador do Hospital que fosse apresentada Nota Fiscal de compra de medicamentos referentes à época dos fatos. Apresentada Nota fiscal Fatura nº 070175 de BH Fama Comércio Ltda de 07/10/03 em que consta Sedalol Composto (Fr 20 ml) e Sedalol Composto (100 amp de 5 ml)- 4 caixas. Obs: O medicamento citado é similar ao Buscopan Composto, tendo a mesma formulação. Perguntado ao Sr. Wander Duarte Cury, responsável pela compra de medicamentos e controle de estoque do Hospital Antonio Moreira da Costa, se a nota acima era referente ao consumo do mês de Novembro de 2003, respondeu que sim. Perguntado se à época dos fatos havia Buscopan Simples ou similar disponível no estoque, respondeu que não havia no Hospital.

A visita terminou às 16:50 horas do dia 17/09/04.

Posteriormente foi solicitada à Drª. Linda Mary Gouget de Paiva (Chefe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Antonio Moreira da Costa) esclarecimentos sobre a rotina de atendimento de paciente obstétrica que chega à Maternidade, que respondeu por escrito no dia 04/11/04 (anexa) com cópia para o Diretor Clínico.

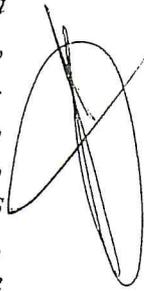


229
7

DISCUSSÃO e CONCLUSÃO:

No caso em pauta, faz-se necessária uma breve explanação sobre as Reações de Hipersensibilidade, para tal recorremos ao Livro de Patologia Estrutural e Funcional Robbins, às paginas 174 a 185 nas quais destacamos os seguintes textos: **“MECANISMOS DE LESÃO TECIDUAL IMUNOLÓGICA (REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE)** – O ser humano vive em um ambiente repleto de substâncias capazes de produzir respostas imunológicas. O contato com antígenos leva não apenas à indução de uma resposta imune protetora, mas também a reações que podem ser lesivas aos tecidos. Antígenos exógenos ocorrem na poeira, polens, alimentos, drogas, agentes microbiológicos, substâncias químicas e muitos hemoderivados usados na prática clínica. As respostas imunes que podem advir desses antígenos exógenos assumem diversas formas, desde um desconforto irritante mas trivial, como prurido da pele, a uma doença potencialmente fatal, como a asma brônquica. As várias reações produzidas são chamadas de **reações de hipersensibilidade**.

Estas reações de hipersensibilidade são classificadas em Tipo I, II e III. Interessa-nos a HIPERSENSIBILIDADE DO TIPO I (TIPO ANAFILÁTICO): A hipersensibilidade do tipo I pode ser definida como uma reação imunológica que se desenvolve rapidamente, ocorrendo dentro de minutos após a combinação de um antígeno com anticorpo ligado a mastócitos ou basófilos em indivíduos previamente sensibilizados ao antígeno. Pode ocorrer como um distúrbio sistêmico ou uma reação local. A reação sistêmica geralmente sucede uma injeção intravenosa ao qual a resposta imune já se tornou sensível. Com freqüência dentro de minutos, um estado de choque é produzido, sendo às vezes fatal. ... Em seres humanos, a anafilaxia sistêmica pode ocorrer após administração de proteínas heterólogas (p. ex., anti-soro), hormônios, enzimas, polissacarídeos e drogas (como o antibiótico penicilina). A intensidade do distúrbio varia com o nível de sensibilização. Não obstante, a dose de um antígeno que causa choque pode ser extremamente pequena, como, por exemplo, as diminutas quantidades usadas nos testes cutâneos comuns para várias formas de alergias. Dentro de minutos após a exposição, surgem prurido, urticária e eritema cutâneo, seguidos pouco tempo depois de uma contração acentuada dos brônquios respiratórios e dificuldade respiratória. O edema laríngeo acarreta rouquidão. Sobrevêm vômitos, cólicas abdominais, diarreia e obstrução laríngea, e o paciente pode entrar em choque e, até mesmo, morrer em menos de uma hora. É óbvio que os efeitos de anafilaxia sempre devem ser lembrados quando se administra um agente terapêutico. Embora os pacientes sob risco geralmente sejam



230
7

identificados por uma história prévia de alguma forma de alergia, a ausência dessa história não exclui a possibilidade de uma reação anafilática.

De acordo com os relatos e o prontuário médico constantes nos autos, pode-se identificar a presença de dificuldade respiratória seguida de sintomas típicos de choque compatíveis com reação tipo I anafilática sistêmica.

Quanto aos medicamentos administrados constantes às fls. 53, 54 e 55 pesquisamos as bulas no Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) de 2002-2003 dos medicamentos prescritos no momento da internação de fls. 53 (anexos) e que após análise concluímos:

1. Dos medicamentos prescritos, o Bricanyl e o Buscopan apresentam em suas bulas a possibilidade de reação alérgica.
2. O medicamento diazepam (ou Valium) descreve apenas a possibilidade de reação cutânea sem menção a possibilidade de reação alérgica.

Os medicamentos administrados às fls. 54 são os que rotineiramente se utiliza para o tratamento de choque anafilático.

E os prescritos às fls. 55 são adequados para a indução do trabalho de parto.

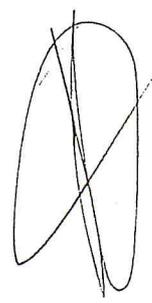
Ainda em relação às prescrições não se observou em todos os medicamentos prescritos a presença do composto químico Dipirona, que a paciente era alérgica conforme consta em seu cartão de pré-natal.

O tratamento dispensado a paciente após a ocorrência do choque anafilático e o óbito fetal, tanto no Hospital Antonio Moreira da Costa como no Hospital Samuel Libânio, estão de acordo com as condutas descritas nos Compêndios de Pronto Socorro e Obstetrícia.

Em relação ao tratamento do Choque anafilático é importante citar o que diz o livro "Pronto Socorro – Fisiopatologia Diagnóstico e Tratamento" do autor José de Felipe Jr. às fls. 108: *...o primeiro passo a ser seguido é a injeção de adrenalina (solução aquosa a 1:1000), 0,1 a 0,5 ml, dependendo da gravidade, por via intramuscular (IM) ou endovenosa (EV). A dose inicial poderá ser repetida num prazo de 5 a 20 min, até o máximo de 3 doses, dependendo da resposta clínica.*

A boa oxigenação tecidual é imprescindível para uma resposta adequado às drogas vasopressoras. Portanto, deve-se ter o maior empenho em manter as vias aéreas permeáveis. Se necessário fazer respiração boca a boca, entubação orotraqueal, instalar ventilação mecânica e manter oxigenação administrando O² misturado ao ar inspirado.

O uso de corticosteróides, na fase aguda da reação anafilática, está contra indicado pela sua total falta de ação imediata. Mais indicado é o uso



231
7

de anti-histamínicos EV, logo após a adrenalina repetindo-se a dose inicial a cada 6 horas, enquanto houver risco de rescidiva (ex. prometazina, 1mg/Kg.

... O paciente deve ser hidratado com solução glicofisiológica, de acordo com a resposta pressórica.

No entanto, é também importante o que diz o Livro de Obstetrícia de Jorge de Rezende 9ª edição na pág. 903 em relação a administração de medicamentos no parto pré termo: **Corticóides**. Os corticóides administrados à gestante produzem uma série de efeitos benéficos no feto. Seu emprego, contudo, só se recomenda no risco iminente de parto pretermo, ou seja, quando se faz sua inibição. O que efetivamente era o motivo da internação da paciente.

Conforme se observa nos autos, o medicamento administrado (Sedalol Composto) era à época o que substituíria o Buscopan Composto, e que não deveria ter sido administrado na paciente, primeiro por não ter sido prescrito e segundo que a paciente era alérgica a um de seus componentes (dipirona). Tal fato possivelmente desencadeou o choque anafilático que provavelmente foi o causador do óbito fetal como afirma o médico que assina o Atestado de Óbito.

É também possível que os medicamentos Bricanyl e Buscopan tivessem ocasionado a reação alérgica, porém, diante da já conhecida hipersensibilidade da paciente ao medicamento Dipirona, tal hipótese é muito remota.

A seguir trazemos algumas considerações em relação a Gravidez de Alto Risco, gravidez pré termo e óbito fetal.

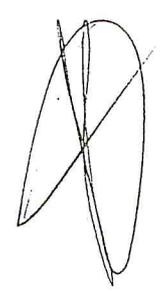
Sobre Gravidez de alto risco transcrevemos o conceito contido no Documento do Ministério da Saúde sobre Gestante de Alto Risco editado em Janeiro de 2000 que pode ser lido através do "site" do Ministério da Saúde na Internet: Gravidez de alto risco é:

"aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada" (Caldeyro-Barcia, 1973).

Ainda no mesmo documento, citamos os fatores que levam a este risco aumentado, que podem ser agrupados em quatro grandes grupos, que são:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis:

a) Idade menor que 17 e maior que 35 anos



232

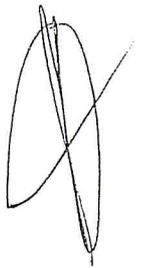
- b) *Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.*
- c) *Situação conjugal insegura*
- d) *Baixa escolaridade*
- e) *Condições ambientais desfavoráveis*
- f) *Altura menor que 1,45 m*
- g) *Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg*
- h) *Dependência de drogas lícitas ou ilícitas*

2. História reprodutiva anterior à gestação atual;

- a) *Morte perinatal explicada e inexplicada*
- b) *Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado*
- c) *Abortamento habitual*
- d) *Esterilidade/infertilidade*
- e) *Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos*
- f) *Nuliparidade e Multiparidade*
- g) *Síndrome hemorrágica ou hipertensiva*
- h) *Cirurgia uterina anterior*

3. Doenças obstétricas na gestação atual;

- a) *Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico*
- b) *Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada*
- c) *Ganho ponderal inadequado*
- d) *Pré-eclâmpsia e eclâmpsia*
- e) *Diabetes gestacional*
- f) *Amniorrexe prematura*
- g) *Hemorragias da gestação*
- h) *Aloimunização*
- i) *Óbito fetal*



4. Intercorrências clínicas.

- a) *Hipertensão arterial*
- b) *Cardiopatias*
- c) *Pneumopatias*
- d) *Nefropatias*
- e) *Endrocrinopatias*
- f) *Hemopatias*

- g) *Epilepsia*
- h) *Doenças infecciosas*
- i) *Doenças autoimunes*
- j) *Ginecopatias*

Em relação ao trabalho de parto prematuro, cito ainda o Manual técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2000 em que consta sobre gravidez pré-termo:

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas.

Nesse período, o trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações freqüentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Na etiologia do trabalho de parto pré-termo incluem-se fatores maternos, como complicações médicas ou obstétricas (partos prematuros anteriores, placenta prévia, amniorrexe prematura, polidrâmnio, infecções do trato urinário, corioamnionite, infecções vaginais, incompetência istmo-cervical, malformações uterinas, cirurgias na gestação atual, amputações de colo, etc.), comportamentais (tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares inadequados, traumatismos, uso de drogas ilícitas, esforço físico intenso), alterações fetais e placentárias, e condições sócio-econômicas adversas.

*Atualmente, dá-se muita importância à corioamnionite e à infecção vaginal pela *Gardnerella vaginalis*.*

No entanto, em cerca de 30% dos casos não é possível a identificação de fator causal e, seguramente, neste grupo incluem-se os fatores emocionais, pouco lembrados, e sequer abordados.

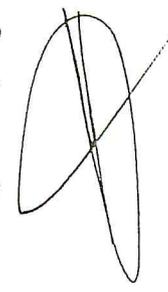
DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através da confirmação das características conceituais do TPP.

CONDUTA

Importantes são a predição e prevenção do trabalho de parto pré-termo.

Entre os elementos preditivos listam-se a epidemiologia, com os fatores de risco citados, e os marcadores, que podem ser clínicos, ultra-sonográficos e bioquímicos. Entre os clínicos, o encontro de dilatação e esvaecimento do colo, a contratilidade uterina ("útero sensível"), sangramento genital, corrimentos vaginais, etc.



234
7

No exame do colo uterino pela ultra-sonografia transvaginal o comprimento do colo uterino menor que 3,9 cm corresponde significativamente à chance de parto pré-termo e detecta perto de 80% dos casos. Também a dilatação do orifício interno maior que 1,0 cm no segundo trimestre, detecta cerca de 25% de partos prematuros.

Entre os elementos utilizados para prevenção encontram-se medidas como repouso relativo (diminuição de atividades físicas e sexuais), orientação quanto à prevenção de infecções urinárias e genitais, adequação de aportes nutricional e psicológico.

As consultas de pré-natal devem ser amudadas, e aos exames rotineiros acrescentam-se outros. Assim, o primeiro exame ultra-sonográfico deve ser realizado o mais precoce possível e repetido a cada 4 a 6 semanas.

O exame bacterioscópico e cultura do conteúdo vaginal devem ser feitos (e repetidos no terceiro trimestre), erradicando-se os germes relacionados ao parto prematuro.

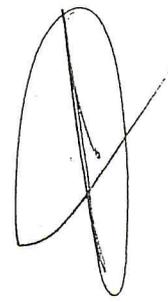
A inibição do trabalho de parto pode ser obtida através de algumas medidas, como repouso, hidratação e uso de agentes medicamentosos como os beta-adrenérgicos (salbutamol, terbutalina e ritodrina) e inibidores da prostaglandina (indometacina).

Em relação ao óbito fetal, a conduta, segundo a mesmo Manual do Ministério da Saúde é a seguinte:

Por muito tempo a conduta foi esperar pelo desencadeamento espontâneo do trabalho de parto. Na atualidade, há tendência de conduta ativa, em razão da ansiedade materna e também pela possibilidade da ocorrência de coagulopatias causada pela liberação de substâncias tromboplásticas, pela retenção do feto morto por período superior a quatro semanas.

Os métodos de indução mais utilizados são: ocitocina e prostaglandinas, uso extra-amniótico de sondas ou laminárias. A ocitocina é prioritariamente utilizada em casos de gestações com idade igual ou superior a 28 semanas, com colo uterino favorável, e as prostaglandinas nos casos de morte fetal anteparto com colo uterino desfavorável e com idade gestacional mais precoce, seja para amadurecimento do colo ou indução do trabalho de parto propriamente dito..

O óbito fetal não constitui uma indicação de cesárea, excetuando-se raras situações, como: placenta prévia centro-total, cesáreas de repetição, descolamento prematuro de placenta com coagulopatia.



235
7

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Da requerente:

Fls. 207 e 208:

1. Que o Sr. Perito apresente de forma detalhada o ambiente, a composição da sala, onde foi atendida inicialmente a autora?

R: A sala tem a dimensão de 2,5 por 3,5 metros, com banheiro e lavatório anexos. Tem uma mesa de exame obstétrico semelhante as utilizadas até a atualidade em outros serviços (Obs: é uma mesa de parto adaptada para exame obstétrico de urgência). Em uma mesinha próxima se observa um sonar marca Tecpson fetal dopler TP725. Nas prateleiras, próximas vê-se material de curativo, luvas, espéculos, amnioscópio, fleet enema, duas bandejas de amniocentese, sonda retal, lençóis e camisolas. Vê-se, também, foco de luz, escadinha para maca, lata de lixo e suporte de soro.

2. O atendimento foi feito na sala e utilizando os mesmos equipamentos que normalmente se utiliza para atendimento de qualquer mulher grávida que chega ao Hospital?

R: Sim, de acordo com a visita realizada no Hospital e pelo relato do Chefe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

3. O Sr. Perito pode descrever o procedimento adotado pelos médicos e hospital quando uma paciente grávida chega para ser atendida no hospital?

R: Segundo informações prestada pela Dra. Linda Mary Gouget de Paiva (anexa) a paciente é atendida na Maternidade como segue:

- Ao adentrar na maternidade faz uma ficha de acordo com o seu pedido (SUS, convênios ou particular), qual o seu médico para atende-la ou se quer ficar com o plantão. Feita a ficha, ela ou seu responsável assinam e, é encaminhada para a sala de atendimento deste mesmo setor.
- A enfermagem comunica ao médico o atendimento e pede o cartão de pré-natal quando ela traz.
- Na sala, a paciente dirige-se ao toailette desta, se houver necessidade de algum ato fisiológico usa-o e troca sua roupa.
- O(A) médico(a) acompanhado(a), na maioria das vezes, pela enfermagem em posse do cartão ou não da paciente, faz uma anamnese de acordo com a queixa da paciente e seu estado de saúde.

226
7

- Examina-a por um todo e exame específico à sua queixa.
- Na sua propedêutica armada, faz uso dos aparelhos disponíveis nesta unidade no momento.
- Se houver necessidade:
 - A paciente é encaminhada para internação sendo preenchidos todos os formulários de acordo com seu estado e feita a prescrição.
 - A paciente pode ficar em observação e ser medicada e após, o tempo determinado pelo(a) médico(a), retorna à sua residência acompanhada pelo seu responsável.
 - A paciente, dependendo do seu estado, é encaminhada ao setor para complementar seu atendimento (sala de parto, centro cirúrgico, etc).

4. O Sr. Perito pode descrever se toda paciente grávida é portadora de um cartão de Pré-natal, como a cópia juntada nestes autos?

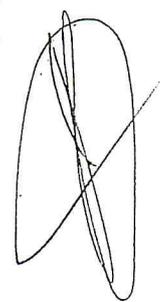
R: De acordo com as normas do Ministério da Saúde em toda gravidez deve ser feito o cartão de pré-natal nos moldes do modelo anexo que corresponde exatamente ao Cartão de Pré-natal que se encontra cópia nos autos. E também, de acordo com o Ministério da Saúde, toda mulher grávida deveria portar.

5. O que consta no cartão de Pré-natal, é somente relacionado ao nascituro ou também a medicação que a paciente está e pode utilizar-se?

R: O cartão de Pré-natal deve conter informações da mãe e da gestação, inclusive a medicação que a paciente está usando ou pode utilizar.

6. Chegando no hospital para atendimento o Cartão de Pré-Natal é entregue ao médico que atende a paciente?

R: De acordo com as informações do Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Antonio Moreira da Costa é a enfermagem que solicita o Cartão de pré-natal à paciente e depois o entrega ao médico responsável pelo atendimento. No entanto, se a paciente não portar o cartão de pré-natal não deixa de ser atendida.



237

7. Consta no cartão de Pré-natal, de maneira visível, que a paciente pode ou não utilizar-se de medicamento que tenha em sua composição ativa a DIPIRONA?

R: Consta no Cartão de Pré-natal a informação "Alergia dipirona", que leva o médico que lê tal informação a deduzir que não deve administrar nenhum composto a substância dipirona.

8. Foi observado pelo médico que a paciente não pode utilizar-se de medicamentos que contenha em sua fórmula a DIPIRONA?

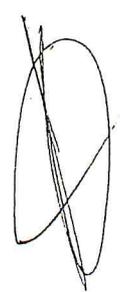
R: Provavelmente sim, já que não se observa nas prescrições constantes nos autos às fls. 53,54 e 55 nenhuma medicação prescrita que contenha em sua fórmula a droga Dipirona.

9. Sendo a parturiente alérgica a DIPIRONA a sua ingestão pode provar danos ao feto? Quais. Houve

R: A ingestão por parte da parturiente de medicação do qual é alérgica poderia levar a reação de hipersensibilidade tipo I e choque o que pode levar a danos no feto. No caso em pauta não houve a ingestão de nenhum medicamento, e sim a injeção endovenosa de uma medicação que contem na sua formulação a Dipirona.

10. A paciente teve choque anafilático? Pode o Sr. Perito descrever se foi provado pela ingestão desse medicamento contendo Dipirona da qual é alérgica a parturiente?

R: Sim, a paciente teve choque anafilático provavelmente em decorrência de injeção de medicamento contendo na sua formulação a Dipirona. Porém, apesar de remota a possibilidade, tal choque poderia ter sido ocasionado pela administração de Bricanyl e Buscopan (Simples) conforme conclusão do laudo. Quanto a segunda parte da questão, este perito pode afirmar que só houve ingestão de Diazepam que não contém na sua formulação a medicação Dipirona. O medicamento que contém dipirona foi injetado por via endovenosa.



11. Pode o Sr. Perito informar se houve negligência médica? Porque?

R: Por se tratar de questão de mérito de julgamento da causa, deixo de responder a este quesito.

238

12. Se a anotação no cartão de pré-natal que a paciente alérgica a dipirona foi anotado pelo Dr. Drauzio e se era ele o seu ginecologista?

R: Sim. Obs: O presente quesito foi formulado no momento da visita ao Hospital Antonio Moreira da Costa no dia 17/09/04 e foi perguntado diretamente ao médico citado, que também estava presente na condição de perito assistente do Hospital.

Dos Requeridos:

1º HOSPITAL ANTONIO MOREIRA DA COSTA

Fls. 173 a 175:

1. Queira o ilustre Perito informar se houve qualquer negligência, omissão, falha ou culpa por parte do Hospital, quando o Hospital disponibilizou suas instalações e equipamentos para o atendimento da autora?

R: Por se tratar que questão de mérito de julgamento, deixo de responder ao quesito supracitado.

2. Queira o i. Perito informar se o Hospital cobrou pelos serviços prestados à autora (equipamentos e instalações para atendimento), ou se os serviços foram gratuitos (SUS)?

R: O hospital não cobrou diretamente da autora, já que os serviços prestados foram efetuados através do convênio que o Hospital mantém com o SUS para o atendimento da população e pelo qual recebe pelas contas hospitalares. A autora, no dia da visita ao Hospital, confirma que sua internação foi pelo SUS e não houve nenhuma cobrança a ela.

3. Queira o i. Perito informar se o segundo requerido é empregado ou preposto do Hospital?

R: Não, o segundo requerido exerce suas atividades nas dependências do Hospital de forma autônoma.

4. Queira o i. Perito informar, se durante o atendimento da autora, algum equipamento do Hospital apresentou defeito ou falhou?

R: Na visita realizada no Hospital no dia 17/09/04 foi o quesito perguntado diretamente ao segundo requerido Dr. [REDACTED] que respondeu que nenhum equipamento do Hospital apresentou qualquer defeito ou falha durante o atendimento da autora.

5. Queira o ilustre Perito informar se é dever do Hospital disponibilizar seus equipamentos e instalações a todo e qualquer

239

médico que comprove sua qualificação, conforme determina o Art. 25 do Código de Ética Médica?

R: Sim.

6. Queira o i. Perito informar se o diagnóstico, a indicação terapêutica, a cirurgia e o prognóstico são atos realizados pelo médico ou pelo Hospital?

R: Todos os itens da questão são atos praticados pelo médico.

7. Queira o ilustre Perito informar se o Hospital dispensou a autora todos os seus recursos (instalações e equipamentos)?

R: Sim.

8. Pode o i. *Expert* informar se o Hospital foi omissivo ou negligente para disponibilizar seus recursos (instalações e equipamentos) em favor da autora?

R: Deixo de responder ao presente quesito por se tratar de questão de mérito de julgamento.

9. Queira o i. *Expert* informar se a autora já teve diversos abortos e se autora ao chegar no Hospital poderia estar em estágio de pré-aborto?

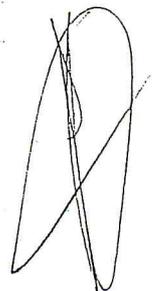
R: Em relação a primeira parte do quesito, se já teve diversos abortos, consta nos autos que teve dois abortos anteriores. E se poderia estar em estágio de pré aborto, não é possível afirmar, já que nos autos consta que o diagnóstico da internação era de trabalho de parto prematuro (fls. 56).

10. Pode o ilustre Perito informar quais foram as despesas pagas pela autora em favor do Hospital?

R: A autora nada pagou, todas as despesas foram pagas pelo SUS, comprovadas através das autorizações de AIH contidas no Prontuário Médico analisado no dia 17/09/04.

11. Pode o ilustre Perito se o Hospital disponibilizou seus recursos dentro da mais estrita e prudente normalidade, proporcionando instalações adequadas ao atendimento da paciente?

R: Sim, quando os casos são simples, porém, em se tratando de gravidez de alto risco o Hospital não dispõe de instalações adequadas para o tratamento, e conforme apurado, encaminha os casos mais complexos para Pouso Alegre. Há que se ressaltar que o hospital não



240
7

disponibilizou todo o arsenal terapêutico necessário para o caso, em particular o medicamento prescrito, que não havia na casa à época dos fatos conforme comprovado nas notas de compras de medicamentos.

12. Pode o i. Perito informar se a autora é incapaz ou se ficou incapacitada para o trabalho?

R: A autora não é incapaz e nem ficou incapacitada para o trabalho.

13. Qual a renda mensal da autora?

R: De acordo com informação colhida da autora no dia 17/09/04 não tem renda atualmente.

2º DR. 

Fls. 176 a 178:

1. Sr. Perito teve acesso a todos os documentos dos autos e/ou outros exames/documentos/entrevistas necessários à realização do laudo pericial?

R: Sim.

2. Pode o Sr. perito, seguindo as documentações médicas dos autos descrever com detalhes o histórico ginecológico/obstétrico da Autora?

R: De acordo com as fls. 28 dos autos a autora teve quatro gestações, sendo dois abortos e um parto vaginal com um feto nascido vivo. Sendo a data do término da última gestação ocorrido há 9 anos da gestação descrita no cartão de pré-natal.

3. De acordo com a documentação dos autos, queira descrever qual as queixas da Autora quando foi atendida pela primeira vez pelo Réu e qual era o objetivo do atendimento?

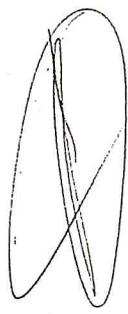
R: De acordo com as fls. 58 dos autos a paciente apresentava quadro de dor no baixo ventre e região lombar. Gestante de 31/32 semanas. E compreende-se como objetivo a conduta: "internação + inibição do Parto + sedação da dor".

4. Quais as medicações prescritas pelo Réu durante o atendimento?

R: Bricanyl, Diazepam, Buscopan fls. 53.

Adrenalina, Flebocortid, Dopamina, SF0,9%, Soro Ringer Lactato e Lasix fls. 54.

Ocitocina e SG5% fls. 55.



214
7

5. As medicações eram indicadas para combater as queixas clínicas da Autora?

R: A prescrição às fls. 53 são indicadas para combater as queixas clínicas iniciais da paciente. As de fls. 54 para tratamento de choque anafilático e as de fls. 55 para indução de trabalho de parto.

6. A medicação prescrita contém em sua composição química o princípio ativo “dipirona”? O Réu prescreveu buscopan composto? Explicar.

R: Nas medicações prescritas não há nenhum medicamento que contenha na sua formulação o princípio ativo “dipirona” e o Réu não prescreveu Buscopan composto, e sim Buscopan. É preciso esclarecer que o medicamento Buscopan fabricado pela Industria Farmacêutica Boehringer Ingelheim tem três apresentações a saber:

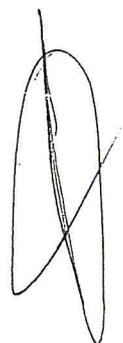
- Buscopan: Cada ampola de 1ml contém: Brometo de N-butilescolamina ou N – metilbrometo de hioscina, 20mg.
- Buscopan Composto: cuja composição é N – metilbrometo de hioscina, dipirona em embalagem com 3 ampolas de 5ml.
- Buscopan Plus: cuja composição é Brometo de N-butilescolamina, paracetamol, apresentado em embalagem de 20 comprimidos; embalagem em suspensão. Não tem apresentação injetável.

7. Segundo consta na petição inicial a Autora “...não disse que era alérgica a dipirona ... respondeu que nada disse porque estava escrito em seu cartão de pré-natal e que estava em poder da enfermeira..”, tal fato ocorreu também com o Réu, quando disse “...não me preocupei em dizer porque está escrito no meu cartão de pré-natal...”. Em atendimento de urgência é recomendado que o paciente alérgico informe ao médico que é alérgico?

R: Sim, recomenda-se que além de informar verbalmente ao médico, o paciente porte um cartão ou placa alertando para suas hipersensibilidades para o caso de ser atendido em estado de inconsciência.

8. A informação no cartão de pré-natal que a Autora era alérgica encontra-se em lugar visível e de fácil compreensão? Explicar.

R: Sim, a referência a alergia a dipirona é encontrada em dois locais do cartão, na capa acima do Cód Gestante (fls. 29), No espaço do cartão reservado a observações referentes a antecedentes pessoais, inclusive circundada (fls. 28).



242

9. Além do buscopan composto que foi injetado, outra medicação que foi prescrita também poderia causar como efeito colateral as reações relatadas? Explicar.

R: Sim, verificando as bulas das medicações prescritas no primeiro atendimento a paciente constatamos que os medicamentos Bricanyl e o próprio Buscopan (o simples, sem dipirona) apresentam como efeitos colaterais a possibilidade de ocorrência de reações alérgicas. Já no caso do Diazepam (Valium), não há descrição de possíveis reações alérgicas em sua bula.

10. Quando ocorreu a reação e o Réu foi chamado, este compareceu imediatamente?

R: Sim, de acordo com as informações contidas nos autos.

11. Quais foram as condutas tomadas pelo Réu para reverter o quadro indesejado?

R: Conforme consta nos autos, inicialmente prescreveu de forma verbal que fosse administrado o medicamento fenergan (nos autos nas declarações do 2º requerido), depois prescreveu adrenalina, flebocortid, dopamina, novamente adrenalina, Soro fisiológico, Ringer lactato e por fim lasix (nos autos fls. 54).

12. A conduta médica tomada encontra-se respaldo na literatura médica? Explicar.

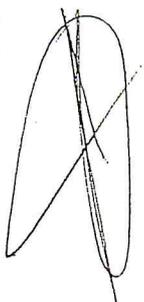
R: Sim, vide fls. 10 deste laudo.

13. Pode informar quais os riscos da Autora ter a criança prematura? O hospital tinha todas as condições para acomodar RN prematuro?

R: De acordo com o exposto as fls. 9, 10 deste laudo e contido nos autos, a autora teve dois abortos anteriores, o que poderia caracterizar abortamento habitual, sendo este um dos fatores presentes na gestação de alto risco. No entanto, não conseguimos identificar claramente se a Autora poderia ou não ter uma criança prematura.

O hospital Antonio Moreira da Costa não dispõe de instalações próprias para o atendimento de prematuros, quando ocorrem, são encaminhados para Pouso Alegre.

14. Pode informar com certeza que foi a "dipirona" a única causa da morte fetal?



113

R: Não é possível informar com certeza que a dipirona fora a única causa de morte fetal, o que se pode confirmar é o que consta no atestado de óbito às fls. 24 que afirma na alínea a) *Óbito fetal intraútero* e b) *Choque anafilático da mãe*.

15. Após a constatação do óbito fetal, quais foram as condutas médicas tomadas pelo Réu? Tais condutas são descritas na literatura médica? Explicar.

R: As condutas foram adequadas, utilizou inicialmente ocitocina para induzir o parto pela via baixa, e não obtendo sucesso encaminhou ao Serviço de Pouso Alegre pois não dispunha de prostaglandina que seria a próxima droga a ser administrada. Para corroborar com esta resposta vide fls.12 deste laudo.

16. A Autora apresenta alguma seqüela em virtude dos procedimentos realizados.

R: Não, de acordo com exame realizado na paciente no dia 17/09/04.

17. Qual o quadro clínico/ginecológico/obstétrico atual da Autora?

R: Apresenta-se clinicamente bem, grávida de seis meses. Fez consulta de pré-natal no dia 17/09/04, relatando que seu obstetra não evidenciou anormalidades. Fazendo uso de vitaminas (Materna). Até o 4º mês de gestação fez uso de dactil OB. Apresenta exames laboratoriais normais. Psicológica e clinicamente bem.

18. Pelo que consta nos autos, houve alguma inadequação técnica durante o tratamento efetuado pelo Réu?

R: Pelo que consta nos autos não. O tratamento foi adequado tecnicamente tanto para o evento trabalho de parto prematuro quanto para o que se seguiu.

19. A Autora apresentava um passado de 04 gestações em período de 14 meses. Tal fato constitui histórico patológico obstétrico? Explicar.

R: Na verdade não ocorreram 4 gestações em 14 meses, o histórico da paciente, confirmado pela análise de seu prontuário foi o seguinte: 1º Parto – 1993 – normal uma menina, 9 anos após ocorreu a 2ª gravidez que resultou em aborto (não sabendo precisar a data e não constante no prontuário) e ainda em 2002, a 3ª gravidez que resultou em aborto em 10/11/02. A 4ª gestação é a da causa. É evidente que a ocorrência de 2 abortos seguidos não pode ser considerado evento normal, podendo no

244
7

entanto, caracterizar abortamento habitual que é um fator de risco para gestação de alto risco.

20. Um mau passado obstétrico torna a gestação de risco elevado?
Explicar.

R: Sim, vide fls. 10 deste laudo.

21. Pode-se afirmar, utilizando o exame clínico de urgência, que um feto está em perfeitas condições, em se tratando de gestação de risco elevado?

R: Em um exame clínico de urgência não, mas no acompanhamento obstétrico pré-natal adequado sim.

22. O trabalho de parto prematuro pode ser causado por patologias feto placentárias/amnióticas? Explicar.

R: Sim, são as chamadas intercorrências gestacionais, em que citamos como patologias fetais: Prenhez gemelar, Apresentação anômala, Malformação; Placentárias: Descolamento prematuro, Placenta Prévia e Amnióticas: Oligodraminíio, Polidraminíio e Ruptura prematura das membranas

23. Pode se afirmar que o feto e anexos estavam em perfeitas condições pelo exame clínico de urgência? Explicar.

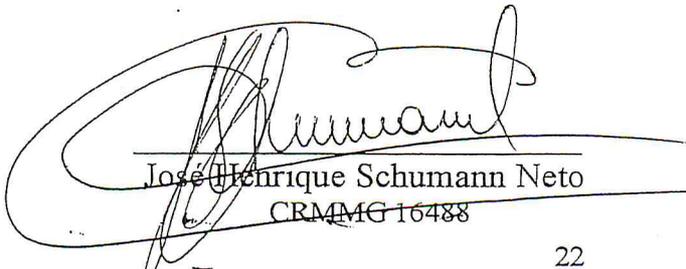
R: Sim, consta nos autos que ao exame clínico antes da ocorrência do Choque anafilático o exame obstétrico eram normais, apesar da prematuridade e da ocorrência de trabalho de parto prematuro e também pelas anotações na ficha de pré-natal.

24. Pode-se afirmar que a dipirona foi a única causa da morte fetal?
Explicar.

R: Não, o que se pode afirmar é o que consta no atestado de óbito, vide quesito 14 do 2º requerido.

É o relatório, S.M.J.

Atenciosamente,


José Henrique Schumann Neto
CRM/MG 16488

[REDACTED]

EMENTA: AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – RESPONSABILIDADE CIVIL – ENTIDADE HOSPITALAR – MORTE DE FETO – RESPONSABILIDADE OBJETIVA – NEXO CAUSAL E DANO – COMPROVAÇÃO – QUANTUM INDENIZATÓRIO – ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA – PESSOA JURÍDICA – ENTIDADE FILANTRÓPICA

- As entidades hospitalares são prestadoras de serviços, sendo as mesmas abrangidas pelas normas da Lei 8078/90- Código de Defesa do Consumidor-CDC.

- A responsabilidade objetiva, regra geral estabelecida no Código de Defesa do Consumidor, não é absoluta, sendo que a própria lei prevê a existência de excludentes de responsabilidade do fornecedor, não tendo sido tais excludentes provadas e existindo no caso *sub examine* todos os requisitos elencados em lei como necessários para a configuração da responsabilidade civil, o pedido indenizatório deve ser acolhido.

- Na fixação da indenização por danos morais levam-se, em conta, basicamente, as circunstâncias do caso, a gravidade do dano, a situação do lesante, e a condição do lesado.

- A gratuidade de justiça não constitui benefício restrito às pessoas físicas, podendo ser reconhecido às pessoas jurídicas que se enquadrem no conceito de necessitados, na forma da lei.

A C Ó R D ã O

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Apelação Cível nº [REDACTED]**, da Comarca de **SANTA RITA DO SAPUCAÍ**, sendo Apelante (s): **HOSPITAL ANTÔNIO MOREIRA DA COSTA**, Apelante adesiva: [REDACTED] e Apelado (a) (os) (as): **OS MESMOS** (2)

ACORDA, em Turma, a Décima Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, **NEGAR**

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-2-

**PROVIMENTO AO RECURSO PRINCIPAL E DAR PARCIAL PROVIMENTO
AO ADESIVO**

Presidiu o julgamento o Desembargador **DOMINGOS COELHO (Relator)** e dele participaram os Desembargadores **ANTÔNIO SÉRVULO (Revisor)** e **JOSÉ FLÁVIO DE ALMEIDA (Vogal)**

O voto proferido pelo Desembargador Relator foi acompanhado na íntegra pelos demais componentes da Turma Julgadora.

Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2006.

DESEMBARGADOR DOMINGOS COELHO
Relator

V O T O

O SR. DESEMBARGADOR DOMINGOS COELHO:

Cuida-se de apelações cíveis interpostas por HOSPITAL ANTÔNIO MOREIRA DA COSTA e [REDACTED] em face da r. sentença de f. 353/362, que julgou improcedente o pedido em relação ao segundo réu, [REDACTED], e parcialmente procedente o pedido contra o primeiro réu, nos autos da ação de indenização por ato ilícito, que a segunda move contra o primeiro.

Irresignado alega o Apelante preliminar de ilegitimidade passiva e inépcia da inicial. No mérito aduz que o laudo pericial comprova que não houve qualquer erro, negligência, omissão ou culpa sua, vez que tudo foi feito dentro da normalidade; que apenas disponibilizou suas instalações e equipamentos para o atendimento da autora; que *in casu* a responsabilidade é subjetiva, sendo imprescindível a demonstração da culpa, por ser o tipo de tratamento de meio e não de resultado; que inexistente nexos causal entre a atuação do hospital e os alegados danos; que o valor da dano moral deve ser reduzido.

A apelante adesiva apresenta o recurso se insurgindo contra o deferimento na r. sentença da assistência judiciária ao réu, bem como requer a majoração do *quantum* indenizatório e a condenação do apelado no pagamento das verbas sucumbenciais a base de 20% sobre o valor da condenação, ao argumento que foi omissa a r. sentença.

APelação CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-4-

Contra-razões às f. 383/386 e 390v.

Recursos próprios, tempestivos, regularmente processados e ausente o preparo por litigarem as partes sob o pálio da justiça gratuita. Deles conheço eis que presentes os pressupostos para sua admissibilidade.

Trata-se os autos de ação de indenização onde busca a autora se ver ressarcida em razão de ter perdido o filho que estava gerando, em virtude do choque anafilático que sofreu, em decorrência da utilização de medicamento buscopom composto, que contém o composto ativo dipirona, do qual a autora é alérgica.

Ab initio, analisarei as preliminares levantadas no recurso principal.

Aduz o Apelante preliminar de ilegitimidade passiva e de inépcia da petição inicial.

Com efeito, verifico dos autos que as referidas preliminares foram devidamente analisadas pelo MM. Juiz primevo quando da audiência preliminar (f. 169), não tendo as mesmas sido objeto de qualquer recurso, não podendo agora em grau recursal, levantar o Apelante matéria já decidida, visto que seu direito restou precluso.

A preclusão consoante entendimento doutrinário é:

"A preclusão indica perda da faculdade processual, pelo seu não uso dentro do prazo peremptório previsto pela lei (preclusão temporal), ou, pelo fato de já havê-la exercido (preclusão consumativa), ou, ainda, pela prática de ato incompatível com aquele que se pretenda exercitar no processo (preclusão lógica). (Nelson Nery Junior,

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-5-

Código de Processo Civil Anotado e Legislação Extravagante, 7ª edição, Editora Revista dos Tribunais, p. 809).

Assim, rejeito as preliminares.

Passo agora ao exame do mérito dos recursos apresentados, iniciando-se pelo recurso principal.

RECURSO PRINCIPAL

Cumpre ressaltar, que para a configuração da responsabilidade civil na espécie, necessária a demonstração dos três requisitos erigidos no art. 159 (atual 186) do Código Civil – para o dever de indenizar: dano experimentado pela vítima, a conduta culposa do agente e o nexo de causalidade entre eles.

Relativamente à responsabilidade dos hospitais, casas de saúde e similares, a melhor doutrina e a reiterada jurisprudência a têm como contratual, posto que ao admitir o paciente, seja em estabelecimento pago ou gratuito, estabelece-se entre as partes um contrato, e como tal, toma o hospital por obrigação o tratamento benévolo, tanto no que se refere à saúde quanto à hospedagem.

Contudo, no presente caso, haja vista a natureza da relação jurídica existente entre as partes, a comprovação da culpa, em qualquer de suas modalidades, sequer é necessária, visto ser a responsabilidade na espécie objetiva. Neste sentido, observa Humberto Theodoro Júnior:

“A responsabilidade civil dos hospitais, seja por infecção hospitalar, seja por qualquer outra lesão sofrida pelos pacientes em razão dos serviços de internação, não se inclui na regra do art. 1.545 do

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-6-

teoria comum da responsabilidade contratual, segundo a qual o contratante se presume culpado pelo não alcance do resultado a que se obrigou. Não se trata de teoria pura do risco, porque sempre será lícito ao hospital provar a não-ocorrência de culpa para eximir-se do dever de indenizar. Mas o ônus da prova da culpa não caberá, como ocorre no caso de erro médico, ao paciente ofendido (KFOURI NETO. Op. cit., 9.2, pp. 125-126). Quem se apresenta como vítima de lesão sofrida durante internamento somente terá de provar, para obter a competente indenização, o dano e sua verificação coincidente com sua estada no hospital. A culpa estaria presumida contra o estabelecimento, até prova em contrário." (Responsabilidade Civil por Erro Médico: Aspectos Processuais da Ação - Humberto Theodoro Júnior, Publicada na Revista Síntese de Direito Civil e Processual Civil nº 04 - MAR-ABR/2000, pág. 152) (grifei)

Anotando José de Aguiar Dias que "(...) a direção de um hospital é responsável pelos danos decorrentes de ter o médico do estabelecimento deixado, por vários dias, de verificar o estado de um cliente aí internado, do que resultou agravação de seu estado e anquilose da perna, por ter ficado na mesma posição por tempo prolongado. Não procede a defesa fundada em que se trata de erro técnico, que a direção do hospital não pode impedir, nem mesmo criticar, porque o caso é de negligência, cujas conseqüências ela poderia evitar, se empregasse fiscalização mais severa. Admitido o doente como contribuinte, forma-se entre ele e o hospital um contrato, que impõe ao último a obrigação de assegurar ao primeiro, na medida da estipulação, as visitas, atenções e cuidados reclamados pelo seu estado" ("Da responsabilidade civil", 6ª ed., Rio de Janeiro: Forense, v. 1, p. 382, n. 150)

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-7-

Mesma conclusão a que se chega, quando se aplicam ao caso as disposições do Código de Defesa do Consumidor, que diz ser a responsabilidade objetiva no caso. Confira-se:

"A entidade hospitalar, como fornecedora de serviços, responde, independentemente de culpa, pela reparação de danos causados à família de paciente internado que veio a falecer em decorrência de infecção hospitalar, eximindo-se dessa responsabilidade somente se conseguir provar a inexistência do defeito ou culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro, nos termos do art. 14, caput e § 3º, I e II, da Lei 8.078/90" (1º TACSP – RT 755/269)

"RESPONSABILIDADE CIVIL – INFECÇÃO HOSPITALAR – CDC – TEORIA OBJETIVA – VERBAS – 1. Paciente que, submetido previamente a exames pré-operatórios, sem nenhuma contra indicação, veio a falecer na UTI do hospital por infecção hospitalar. 2. Não promovendo o hospital procedimentos profiláticos de assepsia, capazes de debelar a infecção hospitalar pós-cirúrgica, responde, independentemente da existência de culpa, pelos danos causados ao paciente, por aplicação da teoria objetiva, prevista para o fornecedor de serviços no art. 14 da Lei nº 8078/90. (...)" (TJRJ – AC 28535/2001 – (2001.001.28535) – 7ª C.Cív. – Rel. Des. Paulo Gustavo Horta – J. 19.02.2002)

Resta, pois, verificar apenas a existência do nexo etiológico e do dano.

~~PROVIMENTO AO RECURSO PRINCIPAL E DAR PARCIAL PROVIMENTO AO ADESIVO~~ a partir do conjunto probatório dos autos.

É encontrado nos autos que a apelante sentindo-se mal em 04/11/03, deu entrada ao Hospital apelante para ser medicada, sendo que na ocasião estava grávida de sete meses e após atendimento, foi-lhe ministrado medicamento contendo o composto dipirona do qual é alérgica, e em razão de tal fato sofreu um choque anafilático, o que ocasionou a morte do feto.

Contudo, das provas colhidas nos autos, denota-se que a enfermeira Nair Rodrigues de Oliveira, integrante do quadro de funcionários do apelante foi quem aplicou o medicamento na autora, sendo que o referido medicamento não foi o prescrito pelo médico.

O laudo pericial assim relata:

"Conforme se observa nos autos, o medicamento administrado (Sedalol Composto) era à época o que substituíra o Buscopan Composto, e que não deveria ter sido administrado na paciente, primeiro por não ter sido prescrito e segundo que a paciente era alérgica a um de seus componentes (dipirona). Tal fato possivelmente desencadeou o choque anafilático que provavelmente foi o causador do óbito fetal como afirma o médico que assina o Atestado de Óbito." (f.231)

Ainda a demonstrar a falha no serviço prestado e o nexo de causalidade, a enfermeira Nair Rodrigues em seu depoimento, assim relatou:

"é minha obrigação, como enfermeira, somente aplicar o medicamento prescrito pelo médico; eu não consultei o médico, antes de aplicar

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-9-

o Buscopam Composto na autora, pois em outra ocasião, o responsável pela farmácia, havia me dito, que os médicos estavam avisados de que quando prescrevessem Buscopam, era para aplicar o Composto, porque o Simples a farmácia não possuía; eu nunca conversei com o Dr. [REDACTED] sobre a utilização do Buscopam Composto em substituição do Simples;" (f.311/312)

Logo, verifica-se a falha no serviço prestado pelo hospital, através da inexistência do medicamento prescrito pelo médico (f.53) e sem qualquer consulta a este, por informações passadas por outro funcionário, a enfermeira substitui o remédio prescrito por outro.

Assim, devidamente comprovado o nexos causal, visto que em razão da conduta negligente do empregado do hospital, ocasionou a morte do filho da apelada com sete meses de gestação.

O dano *in casu*, encontra-se devidamente caracterizado, visto que em razão de medicamento aplicado na apelada, contendo o composto dipirona, do qual a mesma é alérgica, sofreu um choque anafilático, ocasionando a morte do feto que esperava.

Ora, a perda de um filho com sete meses de gestação, gera dor, angústia e sofrimento da mãe, ainda mais *in casu*, em que esta além da perda ainda passou por vários procedimentos, chegando à beira da morte.

Indiscutível, portanto, a todas as luzes, a obrigação do apelante reparar os danos decorrentes do evento noticiado nos autos, concluindo-se, pois, que os pressupostos da responsabilidade civil estabelecidos no art. 186 do Código Civil (a culpa, o resultado danoso e o nexos

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-10-

de causalidade), que compõem o elemento informativo da presente indenização, estão todos presentes.

Quanto ao valor arbitrado a título de danos morais que foi objeto de ambos os recursos, entendo que deve ser majorado o valor fixado na sentença recorrenda.

Acerca da tormentosa questão dos critérios para a fixação da indenização por danos morais, Carlos Alberto Bittar ensina que "ainda se debate a propósito de critérios de fixação de valor para os danos em causa, uma vez que somente em poucas hipóteses o legislador traça nortes para a respectiva estipulação, como no próprio Código Civil (art. 1.537 e ss.), na lei de imprensa, na lei sobre comunicações, na lei sobre direitos autorais, e assim mesmo para situações específicas nelas indicadas."

Ensina ainda o ilustre professor:

"Tem a doutrina, todavia, bem como algumas leis no exterior, delineado parâmetros para a efetiva determinação do quantum, nos sistemas a que denominaremos abertos, ou seja, que deixam ao juiz a atribuição. Opõem-se-lhes os sistemas tarifados, em que os valores são pré-determinados na lei ou na jurisprudência.

Levam-se, em conta, basicamente, as circunstâncias do caso, a gravidade do dano, a situação do lesante, a condição do lesado, preponderando, a nível de orientação central, a idéia de sancionamento ao lesado (ou punitive damages, como no direito norte-americano)."

E continua:

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-11-

"Vacilações, no entanto, são notadas em certos pronunciamentos de nossos magistrados, mas devem ser debitadas à conta do caráter ainda recente da formulação em causa, e que, com certeza, sofrerão a correção natural que da evolução científica resulta. A reiteração normal de decisões sobre a matéria uniformizará o critério mencionado como único vetor compatível com o vulto dos direitos em tela.

Nesse sentido é que a tendência manifestada, a propósito, pela jurisprudência pátria, é a de fixação de valor de desestímulo como fator de inibição a novas práticas lesivas. Trata-se, portanto, de valor que, sentido no patrimônio do lesante, o possa fazer conscientizar-se de que não deve persistir na conduta reprimida, ou então deve afastar-se da vereda indevida por ele assumida. De outra parte, deixa-se, para a coletividade, exemplo expressivo da reação que a ordem jurídica reserva para infratores nesse campo, e em elemento que, em nosso tempo, se tem mostrado muito sensível para as pessoas, ou seja, o respectivo acervo patrimonial.

Compensa-se, com essas verbas, as angústias, as dores, as aflições, os constrangimentos e, enfim, as situações vexatórias em geral a que o agente tenha exposto o lesado, com sua conduta indevida." (in RIJ nº 15/93, págs. 293/291) (grifei)

No presente caso, adotando-se tais parâmetros para averiguar o montante arbitrado em primeiro grau para a reparação do dano moral, mormente considerando as circunstâncias do caso; as condições pessoais da ofendida; e a condição pessoal do ofensor; bem como levando em consideração o montante indenizatório usualmente arbitrado por este Tribunal em casos de tal jaez, tenho que deve ser majorada a

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-12-

indenização arbitrada, pelo que fixo o *quantum* da indenização em 100 (cem) salários mínimos, ou seja, em R\$ 30.000 (trinta mil reais).

RECURSO ADESIVO

Insurge-se a autora, ora Apelante adesiva, contra o deferimento na r. sentença da assistência judiciária ao réu, bem como requer a majoração do *quantum* indenizatório e a condenação do apelado no pagamento das verbas sucumbenciais a base de 20% sobre o valor da condenação, ao argumento que foi omissa a r. sentença.

No que se refere ao *quantum* indenizatório, a matéria restou superada, quando da análise do recurso principal.

No entanto, quanto a insurgência da Apelante ao deferimento na r. sentença da assistência judiciária ao hospital, tenho que não merece guarida.

Hodiernamente, a gratuidade da justiça não constitui benefício restrito às pessoas físicas, podendo ser reconhecido às pessoas jurídicas que se enquadrem no conceito de necessitados, na forma da lei, estatuinto a Constituição da República, em seu art. 5º, LXXIV, "que o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos", expressão essa generalizada, sem excluir a pessoa jurídica de direito privado do benefício da assistência jurídica, exigindo apenas que, para obter essa benesse, seja provada a sua situação econômica de não poder atender ao custeio das despesas processuais decorrentes da defesa dos seus interesses em juízo.

**APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006**

-13-

A única exigência prevista para que a pessoa jurídica obtenha essa proteção legal é que demonstre a falta de recursos para o custeio das despesas processuais, com evidente impossibilidade de defender, em juízo, os seus interesses.

José Cretella Júnior, ao comentar a norma constitucional transcrita in retro, observa com propriedade:

"A 'miserabilidade', 'pobreza' ou 'insuficiência' de recursos não se presume. Prova-se. Provada, porém, por qualquer dos meios em Direito permitidos, a condição do requerente, passa ela a ter - ato vinculado ou predeterminado do Direito Administrativo - direito subjetivo público, oponível, em abstrato, ao Estado e, em concreto, ao juiz da causa, de exigir advogado gratuito e o não pagamento de custas, taxas, emolumentos, selos, não podendo o magistrado e, depois, o tribunal deixar de processar o feito". (Comentários à Constituição de 1988, Forense Universitária, 1989, II/820).

Neste sentido, o posicionamento do excelso Superior Tribunal de Justiça:

"PROCESSUAL CIVIL. PESSOA JURÍDICA. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA.

- O acesso ao Judiciário é amplo, voltado para as pessoas jurídicas. Tem como pressuposto a carência econômica, de modo a impedi-las de arcar com as custas e despesas processuais. Esse acesso deve ser recepcionado com liberalidade. Caso contrário, não será possível o próprio acesso, constitucionalmente garantido. O benefício não é restrito às entidades pias, ou sem interesse de lucro. O que conta é a situação econômica-financeira no

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-14-

momento de postular em juízo (como autora, ou ré)." (REsp. 127330/RJ, Ministro Luiz Vicente Cernicchiaro, 6º T, DJ 1.9.97).

"CIVIL E PROCESSO CIVIL - RECURSO ESPECIAL - LOCAÇÃO - DESPEJO POR DENÚNCIA VAZIA - JUSTIÇA GRATUITA - LEI Nº 1.060/50 - PESSOA JURÍDICA - EMPRESA COMERCIAL LIMITADA - REEXAME DE PROVA - SÚMULA 07/STJ - DISSÍDIO PRETORIANO PREJUDICADO.

A gratuidade da Justiça, sendo um direito subjetivo público, outorgado pela Lei nº 1.060/50 e pela Constituição Federal, deve ser amplo, abrangendo todos aqueles que comprovarem sua insuficiência de recursos, não importando ser pessoa física ou jurídica.

Os art. 2º, 4º e 6º da Lei n. 1.060/50 não se coadunam com as pessoas jurídicas voltadas para atividades lucrativas, pois não se incluem estas no rol dos necessitados. O auferimento de lucro, prima facie, afigura-se incompatível com a situação de miserabilidade descrita na norma legal. A extensão do benefício deve ocorrer somente às pessoas jurídicas pias, filantrópicas, consideradas por lei socialmente relevantes, ou, ainda, sem fins lucrativos...." (REsp 223129/MG - Rel. Min. Jorge Scartezini - J: 5.10.1999).

No caso em apreço, trata-se de entidade filantrópica sem fins lucrativos que, inclusive, está passando por dificuldades financeiras. Portanto, deve ser mantida a concessão dos benefícios da justiça gratuita.

Por fim, no que se refere a condenação do apelado no pagamento das verbas sucumbenciais à base de 20% sobre o valor da condenação, alegando a Apelante que a r. sentença foi omissa, não merece consideração.

APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED] -
SANTA RITA DO SAPUCAÍ - 15.2.2006

-15-

Ora, não há qualquer omissão na r. sentença no que se refere aos honorários advocatícios tendo sido tal percentual devidamente fixado, assim determinando: "...que nos termos do art. 20, §3º do CPC., fixo em 20 (vinte por cento) sobre o valor da condenação, arcando cada um com 10% (dez por cento) em favor do patrono da parte adversa..." (f.362).

Desta forma, inexistindo qualquer omissão na r. sentença, no que se refere a verba honorária deve ser mantido o montante fixado na r. sentença primeva.

Mercê de tais considerações, NEGO PROVIMENTO ao recurso principal e dou PARCIAL PROVIMENTO ao recurso adesivo para majorar os danos morais para R\$30.000, 00 (trinta mil reais), mantendo no mais a r. sentença primeva.

Cada parte deverá arcar com as custas de seu respectivo recurso, suspensa a exigibilidade das mesmas por litigarem as partes sob o pálio da justiça gratuita.

DESEMBARGADOR DOMINGOS COELHO