

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO**

LARISSA CHEHUEN

**A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NO ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO: vulnerabilidade na assistência ao paciente e instrumentos de
prevenção de conflitos**

**JUIZ DE FORA (MG)
2019**

A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NO ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO: vulnerabilidade na assistência ao paciente e instrumentos de
prevenção de conflitos

Artigo científico apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação da Prof.^a Dra. Raquel Bellini de Oliveira Salles.

Juiz de Fora (MG)
2019

LARISSA CHEHUEN

**A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NO ORDENAMENTO
JURÍDICO BRASILEIRO: vulnerabilidade na assistência ao paciente e instrumentos de
prevenção de conflitos.**

Artigo científico apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora,
como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Bellini de Oliveira Salles
Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Prof. Dr. Cleverson Raymundo Sbarzi Guedes
Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Prof. Dr. Valdeci Manoel de Oliveira
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

PARECER DA BANCA

- APROVADO
 REPROVADO

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2019

RESUMO

No século XX, com o grande avanço tecnológico na área da saúde, os conceitos e o posicionamento primitivo da medicina, vista como sacerdócio, transformaram-se substancialmente e cederam lugar a uma visão de uma ciência em ascensão constante, incluindo mais recentemente o uso de robôs e estudos inclusive sobre telemedicina. A arte de exercer a medicina passou a conter elementos técnicos que trouxeram uma lógica, com base na culpa objetiva, aferida de conformidade com os protocolos, procedimentos e deveres estabelecidos pela ciência médica e pelas normativas aplicáveis, para a configurar a obrigação de reparar os danos oriundos de eventuais erros incorridos pelo profissional. Observa-se, nesse cenário que, somente no ano de 2017, segundo o Conselho Nacional de Justiça, houveram pelo menos 26 mil processos envolvendo médicos, o que representa 70 novas ações por dia no país, algo em torno de três por hora. De acordo com dados do Superior Tribunal de Justiça, entre 2005 e 2017, identifica-se no Brasil um aumento de 1.600% destes processos judiciais. Neste cenário, o presente trabalho analisa as vulnerabilidades mais significativas do médico no exercício de sua profissão e que mais dão margem a conflitos na relação com o paciente. Diante das vulnerabilidades apontadas, demonstra-se a relevância da adoção de algumas medidas preventivas pelo médico, as quais podem tanto resguardar o profissional de eventual responsabilidade civil, quanto aprimorar a relação de confiança e, até mesmo, a efetividade de muitas condutas médicas, de modo a minimizar as estatísticas alarmantes de processos administrativos no âmbito dos Conselhos de Medicina e de ações judiciais.

Palavras-chave: **Erros médicos. Responsabilidade civil. Médicos. Vulnerabilidade. Prevenção.**

ABSTRACT

In the twentieth century, with the great technological advancement in health, concepts and the primitive positioning of medicine, seen as priesthood, have become substantially and have given space to a view of a constantly rising science, including more recently the use of robots and studies about telemedicine. The art of practicing medicine now includes technical elements that have brought a logic, based on objective guilt, measured in accordance with the protocols, procedures and duties established by medical science and applicable regulations, for the configuration of the obligation to repair damages arising from any errors incurred by the professional. According to the National Justice Council, there were at least 26,000 cases in 2017, which represents 70 new actions per day in the country, around three per hour. According to data from the Superior Court of Justice, between 2005 and 2017, a 1,600% increase in the number of lawsuits involving physicians is identified in Brazil. Faced with such a scenario, the present study analyzes the most significant vulnerabilities of the physician in the exercise of his profession and that more frequently give rise to conflicts in the relationship with the patient. In view of the above mentioned vulnerabilities, the relevance of the adoption of some preventive measures by the physician, which can both protect the professional from possible civil responsibility, and enhance the relationship of trust and even the effectiveness of many medical conducts, in a way that minimizes the alarming statistics of administrative processes in the scope of the Medical Councils and legal proceedings.

Keywords: Medical Errors. Damage Liability. Physicians. Disaster Vulnerability. Disease Prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: o problema	7
1 PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO	10
2 VULNERABILIDADES DO MÉDICO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO	14
2.1 ERRO OU PERFORMANCE IMPRÓPRIA	14
2.2 FALHAS EM REALIZAR A AÇÃO APROPRIADA	15
3 INSTRUMENTOS PARA A PREVENÇÃO DE CONFLITOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO: o problema

A história evidencia a relevância do tema-problema em estudo, centrado no erro médico, que vem sendo enfrentado ao longo dos séculos e tornou-se mais relevante atualmente. No Código de Hamurabi, que adota a lei de talião, tem-se uma primeira menção ao termo. A Lei das XII Tábuas foi a primeira a estabelecer a compensação financeira diante de um erro. No caso dos ostromodos e visigodos, o médico que causasse a morte do doente supostamente por um erro, era entregue aos familiares do falecido que escolhiam a forma de punição. O Código de Ur-Nammu, o Código de Manu, o Cho-King dos chineses e a Lei de Zoroastro puniam os cirurgiões com a paga por um membro roto, por morte de um homem livre ou escravo, entre outras punições. O Tamulde (instrução), livro que registra a lei e as tradições judaicas, faz uso da pena de multa, prisão e castigos físicos (CROCE; CROCE JUNIOR, 2002).

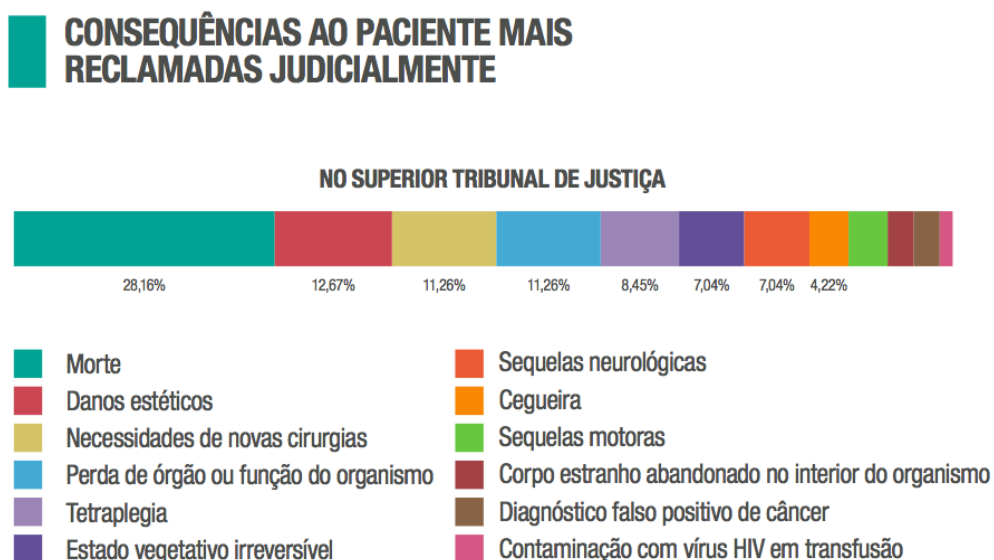
No século XX, com o grande avanço tecnológico na área da saúde, os conceitos e o posicionamento primitivo da medicina, vista como sacerdócio, transformaram-se substancialmente e cederam lugar a uma visão de uma ciência em ascensão constante, incluindo mais recentemente o uso de robôs e estudos inclusive sobre telemedicina. A arte de exercer a medicina passou a conter elementos técnicos que trouxeram uma lógica, com base na culpa objetiva, aferida de conformidade com os protocolos, procedimentos e deveres estabelecidos pela ciência médica, pelos Conselhos de Medicina e pelas normativas aplicáveis, para a configuração da obrigação de reparar os danos oriundos de eventuais erros incorridos pelo profissional (SCHREIBER, 2002). Um exemplo dessas mudanças está no dever de informar na relação médico-paciente, em decorrência de novos referenciais de ética contratual a partir do princípio da boa-fé objetiva e da incidência do Código de Defesa do Consumidor (MARQUES, 2002). Mostra-se significativo, atualmente, o quantitativo de casos com obrigação de indenizar reconhecida por ausência de informações que deveriam ser prestadas pelo médico.

Outro ponto importante é a maior autonomia alcançada pelos pacientes, que trouxe a concepção de uma cultura humanística, indo de encontro com a cultura científica implementada no dia a dia do exercício profissional dos profissionais da saúde (SÁ e col., 2018).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), erro médico é causa de dano ao paciente, pela ação ou omissão de qualquer profissional da área médica, sem a intenção de cometê-lo. É a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem (COSTA; OSELKA; GARRAFA, 2019). No ordenamento jurídico brasileiro, diversas fontes convergem para as condutas recomendadas ao médico no exercício da profissão, tais como os Códigos Civil, de Processo Civil, Penal e de Defesa do Consumidor, além do Código de Ética Médica e as Resoluções dos Conselhos de Medicina (Federal e Estaduais) (SÁ e col., 2018).

Para caracterizar em números a extensão e importância de se compreender o erro médico a partir das vulnerabilidades no exercício da medicina e de se sistematizar as medidas de prevenção de conflitos, observa-se que, somente no ano de 2017, último ano no qual encontramos dados completos disponíveis, segundo o Conselho Nacional de Justiça, houve pelo menos 26 mil processos, o que representa 70 novas ações por dia no país, algo em torno de três por hora. De acordo com dados do Superior Tribunal de Justiça, entre 2005 e 2017, o país teve um aumento de 1.600% no número de processos judiciais envolvendo médicos, sendo os seguintes estados que originaram mais processos: Rio de Janeiro (25,69%), São Paulo (19,27%), Rio Grande do Sul (15,92%), Paraná (6,7%) e Minas Gerais (6,14%). Segundo o Conselho Federal de Medicina, o aumento de processos em 10 anos (2001 a 2011) foi de 302%, e o aumento de condenações neste mesmo período foi de 180% (VIDEIRA, 2019).

Figura 1 – Percentual de processos no STJ por causa

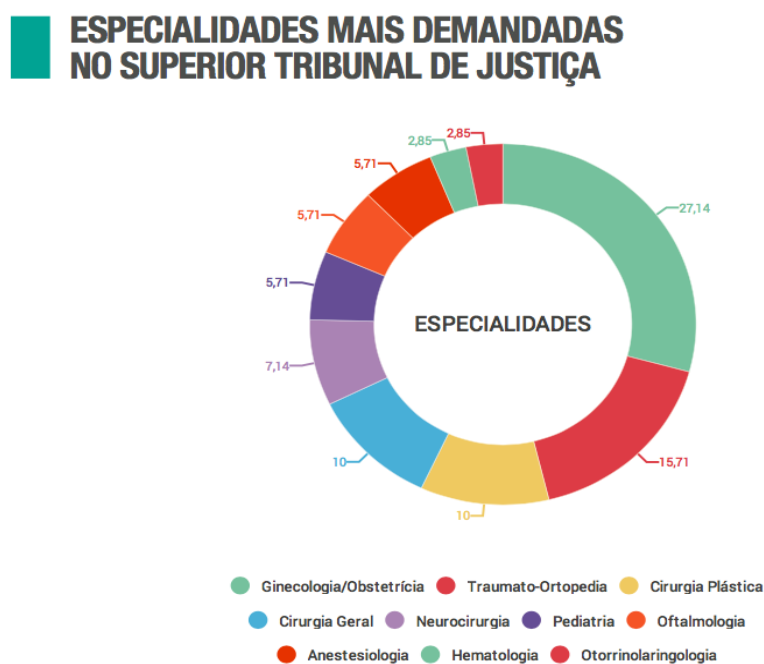


Fonte: Videira, 2019.

Também no âmbito judicial as estatísticas são alarmantes e as consequências ao paciente mais reclamadas judicialmente no Superior Tribunal de Justiça, que com maior frequência chegam às tribunais brasileiros são: 28,16% por morte, 12,67% danos estéticos, 11,26% necessidades de novas cirurgias, 11,26% perda de órgão ou função do organismo, 8,45% tetraplegia, 7,04% estado vegetativo irreversível, 7,04% sequelas neurológicas, 4,22% cegueira, além de porcentagens significativas de sequelas motoras, corpo estranho abandonado no interior do corpo, diagnóstico falso positivo de câncer e contaminação com vírus HIV em transfusão de sangue no paciente (VIDEIRA, 2019).

Ainda no STJ, as especialidades mais demandadas recentemente são ginecologia e obstetrícia, com 27,14%, traumatologia-ortopedia, 15,71%, cirurgia plástica e cirurgia geral, com 10% cada, 7,14% de neurocirurgia, 5,71% de pediatria, e outras especialidades com menor número, como oftalmologia, anestesiologia, hematologia e otorrinolaringologia (VIDEIRA, 2019).

Figura 2 – Percentual de especialidades nos processos ao STJ



Fonte: Videira, 2019

Na realidade, nenhum profissional da área da saúde está imune de ser envolvido em alguma demanda ética ou judicial, devido justamente às vulnerabilidades que serão mais adiante aprofundadas, inclusive porque a assistência médica envolve outras responsabilidades paralelas, como as de gestores de unidades de saúde e dos profissionais de toda a cadeia de prestação do serviço assistencial.

1 PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

A responsabilidade civil é a relação jurídica que estabelece para o autor do dano, no caso o médico, a obrigação de repará-lo à vítima, no caso o paciente, desde que verificada a prática de um fato antijurídico, no caso um erro médico. No âmbito do processo civil, visa-se à reparação do dano, que pode ser material, moral ou estético, por lucros cessantes e por perda de uma chance. Dano é o efeito de uma lesão a um interesse patrimonial ou não patrimonial juridicamente protegido. Dano moral se refere à lesão à dignidade humana, toda e qualquer circunstância que atinja o ser humano em sua condição humana, que (mesmo longinquamente) pretenda tê-lo como objeto, que negue sua qualidade de pessoa, automaticamente violará sua personalidade sem precisar estar vinculado à lesão de algum “direito subjetivo” da pessoa da vítima, ou causar algum prejuízo a ela (MORAES, 2017). Dano estético é uma espécie de dano moral que afronta a integridade psicofísica da pessoa, mais particularmente sua identidade visual.

Já sobre dano material, enquanto o dano emergente existe para que, na reparação, se leve em conta toda a diminuição do patrimônio da vítima, o lucro cessante atua para que se considere também o seu não aumento, porque, no fundo, pelo menos para efeito de reparação do dano, a diminuição equivale e é tão grave quanto o não aumento (GUEDES, 2011).

Em caso de ocorrência de dano, o nexo de causalidade é pressuposto inarredável da obrigação de indenizar, de modo que, ausente o nexo de causalidade, inexistente a responsabilidade civil. Os fatores excludentes do nexo de causalidade, sob o ponto de vista jurídico, entre a conduta médica e o dano são: a conduta exclusiva do próprio paciente vítima, determinante para a produção do dano, a conduta exclusiva de terceiro, quando o causador do dano se exonera do dever de repará-lo devido a causa alheia causada por ação ou omissão de terceiro e o caso fortuito ou de força maior que ocorre quando advém de evento de efeitos imprevisíveis ou inevitáveis (CRUZ, 2005).

No entanto, no caso específico de perda de uma chance, os Tribunais têm entendido que o simples fato de o paciente ser impedido de se submeter ao tratamento “dito mais correto”, o qual, ainda que somente em tese, poderia lhe trazer um benefício, representa um dano que deve ser indenizável, vale dizer, a mera chance de tratamento já é um bem jurídico cuja perda enseja o direito à reparação. Mesmo que o paciente recebesse o tratamento considerado superior ou melhor e mais indicado, nada garantiria que melhorasse, curasse ou mesmo sobrevivesse. Nestes casos, uma das medidas importantes para mitigar qualquer vulnerabilidade no exercício profissional do médico é agir segundo protocolos assistenciais atualizados, fornecidos pelas diversas especialidades e difundidos amplamente na literatura. Tal exige do médico outra ação a ser exercida por toda sua carreira: estar constantemente atualizado em sua área de atuação (FILHO, 2016).

A responsabilidade civil pode ser objetiva, baseada na teoria do risco, ou seja, independente de culpa, o que é aplicável principalmente às instituições assistenciais por força do Código de Defesa do Consumidor, e subjetiva, com base na teoria da culpa, segundo a qual o profissional pode ser responsabilizado por imprudência, negligência ou imperícia. A imperícia ocorre quando o ato é praticado com inabilidade e deficiência de conhecimentos técnicos; a imprudência é a ação precipitada e sem precauções; a negligência é caracterizada pelo descuido. A responsabilidade subjetiva é estabelecida de acordo com os Arts. 186 e 927 do Código Civil, segundo os quais “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (Art. 186) e “Aquele que, por ato ilícito (Arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo” (Art. 927) (CÓDIGO CIVIL, 2002).

O Código Civil é enfático, e ainda dispõe, no seu 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. (CÓDIGO CIVIL, 2002).

A fim de facilitar a proteção aos direitos da vítima, passou-se a abandonar a culpa, em sua concepção clássica, sem que houvesse a extinção da responsabilidade subjetiva. Com isso, houve um avanço da responsabilidade objetiva em que ambas as partes nas relações interindividuais, a princípio, contribuem igualmente (ou igualmente deixam de contribuir) para a criação dos riscos de dano. Mesmo nestas relações a culpa perde seu caráter tradicional

de negligência, imprudência ou imperícia, de falta pessoal e subjetiva que autoriza e exige um castigo representado pela responsabilização, passando a ter uma feição mais normativa, menos relacionada ao elemento anímico do ofensor e mais afeta à violação objetiva de padrões de comportamento (standards) atinentes a cada situação específica. Assim, também a responsabilidade subjetiva vai se afastando de seu intuito moralizador (SCHREIBER, 2002).

Se for uma obrigação de meio, na qual a inexecução caracteriza-se pelo desvio de certa conduta ou omissão de certas precauções a que alguém se comprometeu, sem se cogitar do resultado final (PEREIRA, 1993), a culpa do médico deve ser demonstrada, conforme prevê o Art. 373, inciso I do Código de Processo Civil: “O ônus da prova incumbe: I - ao autor, quanto ao fato constitutivo do seu direito” (CÓDIGO PROCESSO CIVIL, 2015). No caso de obrigação de resultado, na qual a execução considera-se atingida quando o devedor cumpre objetivo final (PEREIRA, 1993), o médico deve provar que não agiu com culpa, o que se convencionou chamar de inversão do ônus da prova. Quanto a isso, o Art. 389 do Código Civil diz que “Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado” (CÓDIGO CIVIL, 2002).

Quanto aos direitos do paciente vítima de dano por prática clínica indevida, a indenização por dano moral estará sujeita ao arbitramento do juiz conforme o Art. 953, do Código Civil: “A indenização por injúria, difamação ou calúnia consistirá na reparação do dano que delas resulte ao ofendido. Parágrafo único. Se o ofendido não puder provar prejuízo material, caberá ao juiz fixar, equitativamente, o valor da indenização, na conformidade das circunstâncias do caso” (CÓDIGO CIVIL, 2002). Já as quantias relativas aos danos patrimoniais são regidas pelos seguintes artigos: Art. 949 do Código Civil: “No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido” (CÓDIGO CIVIL, 2002).

O Art. 950 do Código Civil, ainda dispõe:

Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu. (CÓDIGO CIVIL, 2002).

De acordo com seu parágrafo único, o Código Civil (2002), “o prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez”. Vale lembrar que a pretensão de reparação civil prescreve em três anos, de acordo com o § 3º do Art. 206 do Código Civil. A responsabilidade civil decorre do descumprimento de todas as obrigações, no caso dos médicos, ligadas à relação de consumo, visto que são profissionais liberais.

É assentado o entendimento, nos campos médico e jurídico, de que, por ser profissional liberal e ofertar serviços ao mercado de consumo, a atividade do médico é regulada pelo Código de Defesa do Consumidor. Ou seja, em sentido amplo, a medicina é exercida como prestação de serviço e a relação médico paciente se caracteriza obrigatoriamente como relação de consumo, não obstante o entendimento divergente constante do Princípio Fundamental do Código de Ética Médica número XX, no sentido de que “A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo” (SÁ e col., 2018).

As causas da judicialização dos conflitos oriundos de relações entre médicos e pacientes são múltiplas. A primeira delas seria a redemocratização que ressaltou o senso de cidadania, o qual faz com que a população exerça maior influência sobre o sistema de saúde. O avanço tecnológico na saúde também motivou o avanço da concepção ética, derrubando o modelo hipocrático paternalista e buscando um maior equilíbrio na relação médico-paciente (CROCE e DELTON, 2002). Também as diferenças sociais do Brasil fazem com que o acesso à Justiça seja interpretado como um meio de diminuir essa vulnerabilidade da população, apesar de ser uma medida de última instância.

O Direito posiciona-se em favor do mais vulnerável e, sendo a relação médico-paciente uma relação consumerista, tem-se o paciente enquadrado no conceito de consumidor insculpido no Art. 2º do Código Defesa do Consumidor. A responsabilidade do médico subjetiva, dependendo da demonstração de culpa, conforme determinação expressa do Art. 14 do Código de Defesa do Consumidor e do Art. 951 do Código Civil.

O Código Civil, ao tratar dos direitos de personalidade, dispõe em seu Art. 15 que “ninguém pode ser forçado a se submeter, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”. O referido dispositivo legal concretiza o direito fundamental insculpido no inciso II, do Art. 5º, da Constituição Federal, segundo o qual “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. Igualmente, o mesmo Art. 5º, em seu inciso VI, consagra a liberdade religiosa, ao determinar que “é

inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos [...]” (CÓDIGO CIVIL, 2002).

O Código Penal, por sua vez, considera crime constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer que ela não manda (Art. 146 do Código Penal). Ressalva, porém, que não haverá crime se a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, for justificada por iminente perigo de vida (Art. 146 do Código Penal).

O Código de Ética Médica - Resolução Conselho Federal de Medicina n. 2217/18, no art. 31 -, por sua vez, ao tratar da relação entre médico e pacientes e familiares, dispõe que “é vedado ao médico [...] desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (SÁ e col. 2018).

Postas tais premissas, buscar-se-á a identificação e a mitigação de situações de vulnerabilidade do médico, também no interesse do paciente, de modo a prevenir conflitos e a se alcançar a tão almejada “harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo”, prevista no Art. 4º, III, do Código de Defesa do Consumidor.

Desta forma, após referir apenas os aspectos jurídicos mais relevantes num extenso arsenal de Leis, Códigos e Resoluções, e limitados pelo espaço, passaremos a equacionar o que de mais importante está relacionado as vulnerabilidades e as respectivas ações médicas preventivas, comentando algumas delas, evitando todas as redundâncias textuais de explicar novamente o que já está escrito. Também não temos a intenção de esgotar o tema, missão mesmo impossível.

2 VULNERABILIDADES DO MÉDICO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

A LISTA DE VULNERABILIDADES está apresentada didaticamente em classes de ocorrências, constando as alegações mais comuns específicas para cada uma delas, colocadas em ordem decrescente, do mais frequente para o menos frequente (KREIDLER, 2018).

2.1 ERRO OU PERFORMANCE IMPRÓPRIA

- Performance, técnica e manuseio impróprio, mal funcionamento dos equipamentos;
- Problema de monitoramento do paciente;

- Objetos cirúrgicos ou estranhos deixados no corpo;
- Problema na utilização dos equipamentos;
- Administração errada de medicamentos;
- Tratamento da parte errada do corpo;
- Má administração da dosagem de medicação;
- Erro do laboratório;
- Pedido e dispensa equivocada de medicação;
- Diagnóstico errado ou falta de diagnóstico;
- Problema de imagem na radiografia;
- Procedimento ou tratamento errado;
- Problemas de intubação;
- Falhas nas ações e na demora nas performances;
- Problemas no comportamento do médico como a responsabilidade indireta;
- Falta do consentimento informado.
- Assédio em relação ao paciente;
- Extravio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e documentos importantes.

2. 2 FALHAS EM REALIZAR A AÇÃO APROPRIADA

- Falha no diagnóstico;
- Falha no monitoramento;
- Falha no tratamento;
- Falha em reconhecer as complicações;
- Falha em ordenar os testes corretos;
- Falha em usar as técnicas assépticas; e
- Falha em realizar determinados procedimentos.
- Falha em garantir a segurança do paciente;
- Falhas de comunicação e supervisão com o paciente e a família;
- Falha de comunicação entre os profissionais;
- Falha na supervisão;
- Falha em reportar a condição do paciente.

Como pode ser observado nas categorias apresentadas, é extensa a possibilidade de ocorrência de falhas assistenciais em ambientes hospitalares e em centros de atenção à saúde. Os problemas estão agrupados para fins didáticos para evidenciar a importância de realização de ações de prevenção em vários níveis do atendimento à saúde do paciente.

3 INSTRUMENTOS PARA A PREVENÇÃO DE CONFLITOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Diante das vulnerabilidades apontadas, apresentam-se a seguir alguns instrumentos que são recomendáveis aos médicos para prevenir conflitos e demandas por erro médico, reforçando, por conseguinte, a confiança na relação médico-paciente e, até mesmo, a efetividade de muitas condutas médicas. Entende-se que as medidas adiante apresentadas podem colaborar efetivamente para minimizar as estatísticas alarmantes de processos administrativos no âmbito dos Conselhos de Medicina e de ações judiciais.

1) Cabe ao médico perseguir a obrigação ética de transparência e comunicação aberta. O Art. 34 do Código de Ética Médica refere como falha “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.

2) A informação não pode vir de forma complexa, científica, inacessível ao paciente. O Art. 6º do Código de Defesa do Consumidor refere: “São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem” (BRASIL, 2012).

3) Cabe ao médico não realizar quaisquer práticas inseguras, como ilustra o Código de Ética Médica quando se refere, no Art. 1, a falhas como,

Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos (SÁ e col., 2018).

E, no Art. 14, “praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Também não pode o médico cometer falsidade de atestado, conforme Art. 302 do Código Penal (“Apenas fornecer atestado à pessoa a qual o médico examinou pessoalmente e que haja iminente necessidade”).

Dúvidas podem existir quanto à obrigatoriedade do carimbo do médico nas receitas. Segundo a Lei 5991/73, Art. 35-c, não há esta obrigatoriedade. Porém, é obrigatória a completa identificação, sendo que o médico não deve assinar documentos em branco. Aliás, o Código de Ética Médica preconiza que é indispensável a qualquer documento não ter qualquer tipo de mensagem cifrada, ser totalmente legível, com nome e número do registro no Conselho Regional de Medicina e vir assinado ao fim do preenchimento.

4) O médico deve realizar *follow up* próprio de cada caso concreto, sob pena de incidência do Art. 36 do Código de Ética Médica: “Abandonar paciente sob seus cuidados”. É fundamental que, em caso de necessidade de ausência do médico principal, alguém da equipe se responsabilize pela continuidade do tratamento e que tal seja informado ao paciente ou responsável, inclusive nas Unidades de Terapia Intensiva, onde há médicos em escala nas 24 horas para cuidar de todos os pacientes.

5) Atentar em detalhes para o preenchimento completo do prontuário do paciente. O Código de Ética Médica, conforme Art. 87, estabelece que é vedado ao médico “Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente”. O prontuário é do paciente, do médico e do hospital e em geral fica sob a guarda do hospital por tempo indeterminado, mesmo que a determinação legal seja de 20 anos. Este documento é o principal registro, atestado e comprovante dos atos médicos, e toda a atenção ao seu preenchimento será pouca. Isso inclui todos os registros em tempo hábil e cronologicamente, com cópias de todos os exames, condutas, pedidos de parecer, relatos de procedimentos e de cirurgia.

Atualmente é muito comum os prontuários hospitalares serem digitais, o que evita sobremaneira problemas de interpretação da letra dos profissionais, como trocas de medicamentos, erros de dosagem etc. Programas mais evoluídos também trazem avisos de risco, como de interação medicamentosa prejudicial ao paciente. Importantíssimo é incluir no prontuário uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (o segundo documento médico mais importante a ser obtido, como apresentaremos a seguir). Numa questão de impasse jurídico inicial, tal termo, se correto e devidamente assinado pelos envolvidos na tomada de decisão, poderá contribuir para a solução do conflito.

6) Obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente ou de seu representante legal, após esclarecer sobre o procedimento clínico ou cirúrgico. Conforme o

Art. 22, do Código de Ética Médica, o médico não deve “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

Várias especialidades médicas oferecem textos padronizados de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, úteis mas que, muitas vezes, podem não refletir as circunstâncias concreta e um real entendimento e consentimento do paciente. Este termo deve ser confeccionado para cada caso em particular, dentro das especificidades de cada paciente e dos riscos próprios a que estarão submetidos, referindo às situações específicas a que aquele paciente está sujeito. Ou seja, não deve ser genérico, tanto em situações clínicas ou cirúrgicas.

O médico deve atentar para o momento da Decisão Terapêutica, quando se decide por esta ou aquela conduta. Neste caso, o chamado Termo de Ciência/Autorização documentará o planejamento terapêutico que ficou acordado entre o médico e o paciente ou seus familiares, evitando eventual alegação de perda de uma chance, mencionada anteriormente neste trabalho.

É recomendável que o médico arquive cópia destes termos em seu consultório. Importante destacar que o consentimento deve ser livre, consciente, voluntário, sem erros, obtido sem práticas de coação física, psíquica ou moral, de modo a ser evitar eventual alegação de vício e de invalidade do documento.

Nos casos de emergência médica, não é obrigatório que o médico adquira o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois há pouquíssimo tempo para formalizá-lo. O Código Penal protege o médico ao afirmar que “não configura crime de constrangimento ilegal a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”.

Os Pareceres do Conselho Federal de Medicina número 3.528/94 – PC/CFM e número 24/97 e do CRM-PR número 1831/2007 expõem em detalhes todas as características do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

7) Respeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Tal é um imperativo dos princípios da Bioética, que é o estudo da moralidade da conduta humana no campo da ciência da vida e da saúde, a ser analisado à luz dos valores e princípios morais, incluindo a ética médica. O Código Civil (2002) ao tratar

dos direitos de personalidade, dispõe em seu Art. 15 que “ninguém pode ser forçado a se submeter, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”.

É vedado ao médico, no Código de Ética Médica, em seu Art. 31: “Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. Para que a atitude de respeito ao paciente seja documentada, devemos obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em todas as situações em que haja qualquer risco ao paciente, como procedimentos invasivos, exames com contraste e cirurgias de todo tipo.

8) Durante o exercício profissional, o médico deve evitar qualquer atitude, ação ou omissão que possa vir a caracterizar imperícia, imprudência ou negligência.

Assim, exemplificativamente, deve o profissional exercer a medicina somente dentro das especialidades listadas na Resolução Conselho Federal de Medicina 2221/2018, com prévio registro no Conselho Regional de Medicina; atentar para as reais e específicas necessidades de cuidados de cada paciente, atuando e defendendo-o de riscos evitáveis; dar alta hospitalar apenas no momento correto (não pode ser considerada precoce); realizar cirurgias apenas com os devidos recursos de uma equipe profissional competente e completa, bem como de todos os equipamentos adequados que serão necessários ou devidamente reservados para o caso de necessidade (BARROS JUNIOR, 2019).

Ao cirurgião cabe somente realizar procedimentos eletivos em ambiente assistencial com os devidos e integrais recursos para continuidade do tratamento, bem como seguir fielmente o Protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde, que inclui: a) Passo 1: *Check in*. Ao dar entrada na sala cirúrgica, deve-se confirmar o paciente, a operação, o sítio da operação, a lateralidade, checagem dos equipamentos, alergia e eventual necessidade de sangue; b) Passo 2: *Time out*. Imediatamente antes de iniciar a operação, revisar os dados da equipe e do paciente, as preocupações quanto a anestesia e operação, profilaxia antibiótica e checagem dos eventos críticos; c) Passo 3: *Check out*. Confirmar o procedimento proposto e realizado, contar o material e instrumental, identificar o material retirado do paciente e estratégia de recuperação pós-operatória imediata.

9) Garantir a continuidade do cuidado assistencial do paciente. É fundamental que, ao realizar algum ato, o médico busque conhecer todas as condições ambientais hospitalares que

permitam a busca de sucesso, como ter acesso aos medicamentos apropriados padronizados, possibilidade de fornecer dietas específicas, usar órteses e próteses, ter condições de realizar exames laboratoriais e de imagem a tempo e hora e ter o suporte de um ambiente hospitalar apto a fornecer assistência integral quanto aos processos de segurança e qualidade (BARROS JUNIOR, 2019).

10) Exercer a medicina utilizando meios técnicos e científicos atualizados. O médico deve constantemente aprimorar seus conhecimentos e usá-los em benefício do paciente. Com base na utilização da Lex Arts (Arte da Profissão), cabe ao médico disponibilizar ao paciente todas as suas qualidades intelectuais e habilidades técnicas. É Princípio Fundamental do Código de Ética Médica: “V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade”. Entende-se que “quanto maior a especialização da conduta, maior deve ser o rigor na observância da Lex Arts”. É importante que o médico dê total importância ao seu currículo, com possibilidade de comprovação objetiva do seu aprimoramento por meio de certificados, residências médicas, títulos de especialidade, especializações, pós-graduações, publicações científicas, entre outros.

11) O médico deve exercer a medicina em ambiente assistencial com condições satisfatórias para o desempenho de suas funções. Segundo o Código de Ética Médica: “III - Para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”. Em Direitos dos Médicos, IV, o Código de Ética Médica refere que o médico pode negar-se a trabalhar em ambientes não dignos.

Esta questão implica eventualmente a apresentação de denúncia aos órgãos competentes, como o Conselho Regional de Medicina, Comissão de Ética Médica, Diretoria Técnica do estabelecimento e autoridades municipais, das más condições de trabalho e riscos inerentes. A falta de equipamentos, de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo de retaguarda, de ambulância para remoção e de médicos de outras especialidades fundamentais para a continuidade do tratamento seriam alguns exemplos. Essas comunicações, porém, via de regra, são negligenciadas pelos médicos.

12) O médico deve atender a todos os casos de emergência e urgência. O Código de Ética Médica, no Art. 7, determina ao médico a obrigação de assistir todo e qualquer caso nas emergências e urgências. Acrescente-se que, mesmo fora de sua especialidade e em ambiente assistencial ou não, o médico tem a obrigação de fornecer atendimento inicial básico, socorrendo, orientando e buscando outros recursos até o controle possível da situação. Seriam exemplos os incidentes ocorridos nas vias públicas e durante vôos.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 1451/95 define urgência como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; e emergência como a constatação médica de condição de agravo à saúde que implique risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato. Todo caso de urgência ou emergência, seja comprovado ou duvidoso, deve ser atendido, sob pena de o médico cometer infração ética, sob pena de crime de omissão de socorro ou até de homicídio culposo ou doloso, a depender da interpretação do Ministério Público. A omissão de socorro é caracterizada como “simples possibilidade de dano ao paciente pela falta de atendimento”, não precisando necessariamente haver qualquer tipo de dano em concreto, bastando o perigo de o dano ocorrer, conforme Código Penal, Art. 135.

13) O médico deve avaliar cuidadosamente a transfusão de sangue em casos de Testemunhas de Jeová. Apesar de o Art. 5º da Constituição Federal, em seu inciso VI, consagrar a liberdade religiosa ao determinar que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos [...]” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988), o Conselho Federal de Medicina preceitua que, em caso de recusa em realizar a transfusão do sangue, se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus representantes legais; mas, se houver iminente perigo de vida, praticará a transfusão de sangue salvadora, independente do consentimento. Na prática médica, solicita-se inicialmente Alvará Judicial que autorize a transfusão. Situação inusitada pode advir, pois mesmo que aceito e realizada a transfusão, este poderá ser negado a posteriore, e ao ser seguido, não se realizará nova transfusão. Assim, a condição clínica do paciente fica a mercê das decisões judiciais. Este é mais um exemplo claro de quão complexo pode ser o exercício da medicina nos últimos tempos.

14) Com relação à Lei 9455/97 (Lei contra a tortura), o Art. 25 do Código de Ética Médica trata especificamente deste ato. A referência adotada pela Convenção das Nações Unidas de 1984 utiliza a expressão abrangente de “maus tratos” incluindo métodos como o tratamento desumano, humilhante e degradante, a ofensa à dignidade pessoal e a coerção física ou moral. A diferença entre tortura, maus tratos e ofensa à dignidade é o grau de dor e de sofrimento. Os maus tratos não têm um objetivo específico a não ser provocar de forma deliberada e desmotivada um nível considerável de sofrimento ou de dor física ou moral. Ofensa à dignidade pessoal tampouco depende de objetivo específico, mas provoca um grau considerável de humilhação ou degradação moral. Maus tratos, além de infração ética, ensejam punição criminal (Código Penal, Art. 136).

A relação médico paciente deve ser harmoniosa e de confiança mútua, pressupostos da continuidade de uma relação de sucesso. Cabe ao médico ater-se ao comportamento ético, sem arrogância, atendendo de forma humanizada, evitando ao máximo elevar o tom de voz ou discutir em ambiente inapropriado, evitando transparecer qualquer ofensa pessoal a quem quer que seja.

15) Deve o médico exercer a profissão com autonomia, podendo negar a prestação de serviços que contrariem a sua consciência ou a pessoas para quem não deseje prestar seus serviços, salvo em casos de urgência e emergência, ausência de outro médico ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente, conforme Princípio Fundamental VII do Código de Ética Médica: O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Atuando sempre com cautela, o médico pode deixar de conduzir o caso ao perceber litígios familiares graves contra outros profissionais, controvérsias de informações médicas importantes pelos familiares, falta de seguimento das orientações profissionais, ausência de comprometimento do paciente e de familiares, se manifesta a falta de confiança em seu serviço, exigência extrema quanto a resultados improváveis, entre outras várias situações cotidianas que podem potencializar conflitos.

16) O médico deve “Exercer a medicina com os meios técnicos e científicos disponíveis que visem os melhores resultados”. Assim preconiza o Código de Ética Médica no Princípio Fundamental XXVI. É fundamental seguir os diversos protocolos ou guidelines disponíveis, essenciais para uma assistência médica de qualidade, preconizados pelos diferentes Colégios de especialidades e que também devem ser implementados pelos hospitais, e por estes exigidos de seu corpo clínico, integrando o sistema de gestão.

A Medicina Baseada em Evidências é o uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores evidências, atualizadas, na tomada de decisões relativas à prática e em pacientes individuais, unindo as produzidas com pesquisas e as experiências clínicas. Baseia-se na lógica e no conhecimento científico. Os protocolos são soluções médicas normatizadas e baseadas em dados científicos, portanto evitando maiores explicações da origem da conduta médica em cada área da medicina. Por serem reconhecidas internacionalmente, evitam a comprovação de erro neste aspecto.

17) O médico deve sigilo com referência ao desempenho da profissão. A violação deste dever constitui infração ética, civil e penal. Na esfera cível, é cabível juridicamente a responsabilização pelos danos que o paciente vier a sofrer decorrentes da publicação de seus dados pessoais. A quebra do sigilo é considerada de extrema gravidade. O sigilo está na Declaração de Genebra de 1994 e no Art. 154 do Código Penal.

Para a quebra do sigilo profissional se admite algumas exceções taxativas, a saber: 1) Por cumprimento de dever legal, podendo-se citar como exemplos previstos na resolução CRM/PR n. 005/84: a) Doenças infectocontagiosas de notificação compulsória (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, Mal de Hansen, Meningite, entre outras); b) Realização de perícias judiciais; c) Emissão de atestado de óbito; d) Em se tratando de menores, idosos e incapazes, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentados ao pudor, maus tratos e supressão intencional de alimento; 2) Por justa causa (ou motivo justo), situação em que a revelação do sigilo for o único e derradeiro meio de afastar perigo atual ou iminente e injusto para si ou para terceiros. Exemplos de justa causa: a) quando o paciente for incapaz e se tratar de situação clínica que exija assistência médica profilática; b) para evitar o casamento de portador de moléstia grave transmissível por contágio, capaz de pôr em risco a saúde do futuro cônjuge; c) Autorização expressa prévia e escrita do paciente; d) Casos de

liberação de cópias do prontuário por ordem judicial ou para uso em defesa do próprio médico, segundo Art. 73 a 79 do Código de Ética Médica (BARROS JUNIOR, 2019).

Um fato curioso refere-se ao parecer objeto da consulta Conselho Federal de Medicina 31/95, que determina que o arquivo de prontuários e fichas clínicas de um médico falecido devem ser incineradas por qualquer pessoa da convivência diária com o falecido, até mesmo pela secretária. Isso mostra o rigor ético com o sigilo.

18) O médico não deve se omitir de realizar notificação compulsória, conforme Art. 269 do Código Penal, Portaria 1100/96. Explica que todos os médicos têm a obrigação de comunicar às autoridades de saúde pública o surgimento de algumas doenças. Em geral, essas doenças têm caráter infecto contagioso, ou seja, elas podem se alastrar rapidamente, gerando um quadro de epidemia, e levando grande parte da população ao risco de morte. Como exemplos de uma ampla lista, a AIDS, Varíola, Meningite, Tuberculose, entre outras.

19) Desenvolver relação médico paciente ética e justa, dentro das expectativas de confiança mútua e dos recursos disponíveis.

Esta relação privilegia a interação humana e ética entre o paciente e o médico, sendo um vínculo de caráter técnico-científico. Porém, a medicina personalizada transformou-se em massificada, o que trouxe ao médico a sensação de insegurança, em nada favorecendo a atividade assistencial. Inclui-se aí as operadoras de saúde, que visam lucro e remuneram mal os profissionais, as más condições de trabalho, a exigência de alta tecnologia que eleva os custos, sendo a medicina vista como “algo muito lucrativo” para as empresas do ramo.

Daí surgem as insatisfações e o distanciamento, sendo a quebra da relação médico paciente a causa mais importante de denúncias de erro médico. Este ponto de análise merece muitas considerações e poderá ser explorado por outros pesquisadores. Por ora, nos atentamos a apresentar a questão de forma geral.

20) Nunca afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave. Nos plantões, jamais se ausentar sem outro médico ter chegado para assumir os atendimentos.

Ao encerrar definitivamente a atividade no consultório, recomenda-se não indicar outro médico para fazer o seguimento, visto que acaso haja algum infortúnio com o novo

profissional nos atendimentos futuros, quem indicou provavelmente será também demandado. Idealmente o médico deve antever seu afastamento e solicitar que o paciente procure outro profissional em até 30 dias (BARROS JUNIOR, 2019).

No caso específico de transferências de pacientes entre locais diferentes, cabe ao médico transferente a responsabilidade até a efetiva passagem do caso ao receptor. Parecer CRM/PR 1892/07.

21) Não prescrever tratamento ou outro procedimento sem prévio exame direto do paciente, salvo em urgência ou emergência, assim como consultar, prescrever e diagnosticar por qualquer meio de comunicação em massa. A base é o Art. 37 do Código Ética Médica. Assim, fato corriqueiro de agir com gentileza com os pacientes ao receber mensagens ou avaliar exames, sem estar com o paciente, pode gerar problemas. No estudo recente do uso da telemedicina ou das mídias sociais, deve-se seguir a orientação do Conselho Federal de Medicina.

22) O médico não deve se opor a realização de uma segunda opinião solicitada pelo paciente ou representante legal, ou mesmo a uma junta médica, segundo o Código Ética Médica, Art 39. Na verdade não se trata de “solicitação” do paciente, pois é entendido como um direito dele. Trata-se de uma “requisição” a ser obedecida. Vários médicos sentem-se desapontados quando o paciente requer ou diz que teve uma segunda opinião, impactando a relação médico-paciente, principalmente se as opiniões entre os profissionais divergem. A medicina contempla diferentes condutas para casos semelhantes, como ilustra a oncologia ou a indicação de tratamento clínico ou cirúrgico para várias afecções, novamente, devendo-se atentar para a participação do paciente ou responsável nas decisões terapêuticas médicas, conforme já referido neste artigo (BARROS JUNIOR, 2019).

23) Cursar graduação médica de alta qualidade. O número reconhecidamente excessivo de faculdades de medicina criadas nos últimos anos promoveu um crescente número de médicos com formação e habilidades inferiores ao desejado. Muitas faculdades não têm as mínimas condições de funcionamento, sem falar do programa mais médicos, onde se propõe interiorizar o médico, e não a medicina; está se mantém aquém do necessário nas

cidades envolvidas. Erros serão evitados se a formação médica e as especializações posteriores forem de alta qualidade (BARROS JUNIOR, 2019).

24) Finalizando, cabe ao médico vir a conhecer profundamente um tema relativamente moderno, mas pouco divulgado entre os médicos, denominado Gerenciamento de Risco Assistencial, realizado por poucas unidades hospitalares de saúde no Brasil, onde são tratados e agrupados vários dos temas deste nosso artigo de conclusão de curso, denominados Gestão de Risco Assistencial, Segurança do Paciente e Qualidade na Assistência (IBSP, 2019).

Esta importante atividade, que agora inclui todo o Sistema de Gestão Estratégica dos hospitais e de outras Unidades de Saúde, irão certamente contribuir para minimizar as vulnerabilidades dos médicos em seu postos de trabalho. Esta fundamental atitude da gestão a ser construída em cada hospital, vem ao encontro e reforça a importância de termos desenvolvido nossa pesquisa, visto que agrupará paulatinamente todos os pontos aqui abordados e desenvolverá os princípios de prevenção de erros (medida mais eficaz para enfrentar este problema assistencial), médicos ou não.

Trata-se de ferramentas e metodologias de gestão que buscam a qualidade do cuidado e segurança do paciente, como por exemplo da Organização Nacional de Acreditação, no Brasil. Esta atitude é relativamente recente em nosso país, traduzidas pelo uso de ferramentas de gestão padronizadas que evitam múltiplos erros. Também se introduzem protocolos médicos, fluxogramas de atendimento seguros, listas de verificação de não conformidades, check lists específicos, atuação mais severa de comissões específicas intra hospitalares, análise de indicadores de resultados assistenciais (como exemplo, dos óbitos) e análise de ocorrências não habituais ou de eventos adversos, bem como obrigatoriedade de obter Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entre tantos outros. Nestas instituições, os riscos são descritos, conhecidos, controlados e gerenciados, minimizando os erros de todo o sistema, inclusive dos médicos. Então, esta metodologia adotada em hospitais é uma ação que diminui em muito as muitas vulnerabilidades dos profissionais de saúde.

Entre as ações está também o gerenciamento da informação dos prontuários eletrônicos; a deterioração clínica do paciente não identificada; a implantação e utilização de suporte à decisão clínica; a emissão e acompanhamento de laudos e resultados de exames; o monitoramento para a administração de antimicrobianos e a correta identificação do paciente.

Todos estes fatores acarretam erros assistenciais, que culminam envolvendo os médicos responsáveis pelos pacientes.

Apesar de numerosos estudos mostrarem a relação entre a prevenção de erros e a cultura de segurança, muitas instituições ainda têm sistemas ou processos organizacionais inadequados para aperfeiçoar a segurança e a qualidade, como referiremos adiante. Sugerimos o aprofundamento deste tema por meio do *site* do Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP), no endereço: <www.segurancadopaciente.com.br>.

Ademais, vale lembrar que as entidades privadas de assistência à saúde também são envolvidas nas ações indenizatórias. O Art. 931, inciso III do Código Civil (2002) fala que “são também 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”.

Encaminhando este artigo para as considerações finais, observo que alguns temas poderão ser explorados em trabalhos futuros, como as Diretivas Antecipadas de Vontade, sem amparo jurídico no momento, lembrando que é vedado ao médico: Art. 41, do Código de Ética Médica: “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. Ainda em parágrafo único: “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.” Princípios fundamentais: XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Outra temática seria estudar as atitudes médicas quanto à Medicina Defensiva. Na prática, se caracteriza pela utilização exagerada de exames complementares, pelo uso de procedimentos terapêuticos supostamente mais seguros, pelo encaminhamento frequente de pacientes a outros especialistas e pela recusa ao atendimento de pacientes graves e com maior potencial de complicações. A visão é que o paciente em si é um risco jurídico para o médico. Talvez possa ser melhor compreendida se performasse como Medicina Cautelosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado, as vulnerabilidades da assistência e atuação médica são muitas e é impossível abordá-las por completo num só artigo. A legislação é vasta e pouco inteligível aos médicos, afastando-os de seu cotidiano já tão atribulado dentro das próprias responsabilidades, sendo também difícil abordar de forma completa os Códigos de Direito Civil, Penal, de Ética Médica e de Defesa do Consumidor dentro deste tema. Procuramos, assim, abordar os aspectos mais relevantes, correlacionando-os e finalmente trazendo algumas das principais ações necessárias para evitar erros e litígios.

Todas as vulnerabilidades e medidas de prevenção apresentadas devem ser conhecidas pelos médicos, não tendo sido exibidas em ordem de importância devido ao caráter fundamental de todos os aspectos apontados.

Assim referido neste artigo de relato de circunstâncias, de responsabilidades e de atitudes preventivas, o cenário do exercício da medicina é genuinamente complexo. Envolve pessoas de diferentes níveis sociais, de compreensão, de aceitação, de formação moral e psicológica, de motivação para se curar, ao lidar com afecções muitas das vezes graves, envolvendo vícios (álcool, fumo, drogas), permeado por diagnósticos tardios ou emergenciais, com abordagens invasivas ao corpo humano e com a possibilidade de morte, num cotidiano de trabalho geralmente sobrecarregado, onde muitas vezes faltam recursos básicos nos ambientes assistenciais.

Desta forma, percebe-se claramente que as recomendações mais importantes para se evitar erros médicos começam ao se investir em programas organizacionais de longo prazo, como educar os profissionais de saúde, desenvolver padrões de segurança descritos para o Brasil no Sistema de Acreditação Hospitalar, e um sólido padrão de informação interno. A importância de se obter uma cultura de segurança é vista no presente como crítica, o que salvaguardará as ações médicas em inúmeras situações vulneráveis.

Porém, atualmente, a rede hospitalar brasileira é constituída por 6.812 estabelecimentos. Destes, 37 são acreditados pela Joint Commission International; 62 pela metodologia de acreditação canadense; 268 pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação; 06 pela metodologia National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations, totalizando 367 organizações hospitalares. Ou seja, apenas 5,38% de toda a rede, ressaltando que há sobreposição de organizações com múltiplos certificados de qualidade (exemplo: Organização

Nacional de Acreditação e canadense; Organização Nacional de Acreditação e National Integrated Accreditation for Healthcar Organizations; ISO e qualquer outra norma). Portanto a rede qualificada através de acreditações/certificações pode ser menor ainda. Infelizmente é o que o Brasil tem a oferecer em termos de prevenção e vulnerabilidades na gestão de segurança hospitalar.

Finalizando, resume-se as condições para se exercer a medicina com segurança e qualidade. Caso estes padrões possam ser alcançados, inúmeras vulnerabilidades médicas serão superadas, tornando a profissão mais segura e os resultados benéficos a todos:

a) Assistência ao paciente de forma continuada e personalizada, atendendo às necessidades e valores dos mesmos;

b) O paciente é quem deve tomar as decisões sobre o seu tratamento, tendo direito à plena escolha;

c) Compartilhamento do conhecimento médico com pacientes e familiares, dando aos mesmos acesso irrestrito à própria informação médica e ao conhecimento científico sobre a doença e tratamentos, abrindo a prática de diálogo com relação às intervenções médicas e terapêuticas;

d) As decisões assistenciais devem ter como base as evidências científicas;

e) A segurança é uma prioridade do sistema, e os pacientes devem estar protegidos dos eventos adversos evitáveis por gestão que impeça erros;

f) Antecipação de atendimento das necessidades do paciente, em vez de simplesmente responder às solicitações;

g) Gestão por processos, representando a integração entre todas as funções desempenhadas pelo hospital em seus vários departamentos.

Assim como está exposto, é fundamental para minimizar as estatísticas alarmantes de erros médicos e de denúncias nos tribunais, no futuro, promover a conscientização e o envolvimento dos médicos nos processos médico-paciente, juntamente com o empenho de gestores na construção de modelos assistenciais mais seguros.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando**: introdução à filosofia. 3. ed. rev. São Paulo: Moderna, 2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Genebra**, de setembro de 1994. Ferney-Voltaire: L'Association Médicale Mondiale, Inc, 1994.

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. **Código de ética médica**: comentado e interpretado. 1. ed. São Paulo: Cia do eBook, 2019, p. 835.

BRASIL. Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Seção I, p. 23911.

BRASIL. Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Seção I, p. 13049.

BRASIL. **Código Civil**. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. **Código de proteção e defesa do consumidor e legislação correlata**. 5. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. **Inciso II, do art. 5**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM 3.528, de 1994. Processo Consulta N. 24/97. Parecerista: Cons. Sérgio Ibiapina Ferreira Costa. **Normas**, Pareceres, 1997. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1997/24_1997.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.

_____. Resolução CFM 1.451, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção I, p. 3666.

_____. Resolução CFM 2.023, de 20 de agosto de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 2013. Seção I, p. 83-85. Artigo 37.

_____. Resolução CFM 2.217, de 27 de setembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 nov. 2018. Seção I, p. 179.

_____. Resolução CFM 2.221, de 23 de novembro de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2019. Seção I, p. 67.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. CNJ, página inicial. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 01 mai. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Parecer CRM-PR 1.892, de 11 de novembro de 2007. Processo Consulta N. 83/2007. Protocolo N. 108/2007. Parecerista: Cons. Luiz Ernesto Pujol. **Busca de Normas**, Pareceres, 2007. Disponível em: <http://portal.Conselho Federal de Medicina.org.br/index.php?option=com_normas>. Acesso em: 02 mai. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Resolução 005, de 21 de maio de 1984. **Busca de Normas**, Resoluções, 1984. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas>. Acessado em: 02 mai. 2019.

COSTA, S.I.F; OSELKA, G; GARRAFA, V. **Iniciação a Bioética**. Conselho Federal de Medicina. Disponível em <www.cfm.org.br>. Acesso em: 11 mai. 2019.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros Acontecem**: construindo um sistema de saúde mais seguro. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/5x5i1j985c5jwcsp.pdf>>. Acesso em 01 mai. 2019

CROCE, D.; CROCE JUNIOR, D. **Erro médico e o direito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 7.

CRUZ, G.S. **O problema do nexa causal na responsabilidade civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

FARIAS, C. C. DE; BRAGA NETTO, F. P.; ROSENVALD, N. **Novo Tratado de Responsabilidade Civil**. São Paulo: Atlas, 2015.

FILHO, C.E.R.M. **Problemas de responsabilidade civil**. Editora Revan, 2016.

GUEDES, G.S.C. **Lucros cessantes: do bom-senso ao postulado normativo da razoabilidade**. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 2011, p. 68. **Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente**. Disponível em: <www.segurancadopaciente.com.br>. Acesso em: 04 mai. 2019.

KREIDLER, M. **Medical Malpractice Annual Report**. USA, REP Washington, 2018.

MARQUES, C. L. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**: o novo regime das relações contratuais. 4. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

MARTINS-COSTA, Judith. **A boa-fé no direito privado**: critérios para a sua aplicação. São Paulo: Marcial Pons, 2015.

MORAES, M.C.B. **Danos à pessoa humana**: uma leitura civil-constitucional dos danos morais. 2a. ed. Editora Processo, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009**: Cirurgia Segura Salva Vidas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2010.

PEREIRA, C.M.S. **Teoria Geral Das Obrigações**, vol. II, Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2006.

SÁ, M.F.F e col. **Direito e medicina**: autonomia e vulnerabilidade em ambiente hospitalar. Indaiatuba: Editora Foco, 2018.

SCHREIBER, A. **Arbitramento do dano moral no novo código civil**. Revista Trimestral de Direito Civil, Rio de Janeiro, v. 12, 2002. p. 7.

VIDEIRA, A. **Dados e estatísticas sobre a judicialização da medicina**. Disponível em: <www.assisvideira.com.br>. Acesso em: 04 mai. 2019.