



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS

KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

ASPECTOS SOCIO JURÍDICOS DO ERRO MÉDICO

SOUSA - PB
2004

KELLYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

ASPECTOS SOCIO JURÍDICOS DO ERRO MÉDICO

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Jurídicas e Sociais do CCJS da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Professor Me. Manoel Pereira de Alencar.

SOUSA - PB
2004

KEELYTON AZEVEDO DE FIGUEIREDO

ERRO MÉDICO

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Manoel Pereira de Alencar

Prof (a). _____

Prof (a). _____

Sousa - PB
dezembro/2004

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que com sua força mística nos guia aos caminhos mais diversos sempre na busca da felicidade e do sucesso, busca essa que mesmo árdua e repleta de empecilhos, com muita dedicação e afincos nos possibilita contemplar o fim almejado: a conquista.

Aos meus Irmãos Dino César Príncipe Dantas, Kadmo Azevedo de Figueiredo, Katianny Azevedo de Figueiredo e Karinny Azevedo de Figueiredo
Aos meus amigos, na pessoa de Francisco André Sampaio Diógenes e, por último, mas não menos interessante aos meus pais: José Edmir Azevedo e Glória de Fátima Leitão Figueiredo, com os quais pude chegar ao fim dessa jornada com sucesso, por seus exemplos, conselhos e o apoio, aspectos cabais para conquista a vitória. Aos meus familiares e mestres, cada qual com sua pequena contribuição para edificar a pessoa que sou hoje.

Esta obra é dedicada aos meus pais, irmãos, amigos e mestres que com ações ou mesmo com o mais simples gesto de amor me conduziram ao caminho da felicidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPITULO 1 ERRO EM MEDICINA	10
1.1 Erro culposo e erro doloso	11
1.2 O erro do paciente	12
1.3 Erro de diagnóstico e erro de conduta	13
1.4 Erro escusável ou erro profissional	14
1.5 Erro grotesco	15
CAPITULO 2. CULPA E RESPONSABILIDADE MÉDICA	16
2.1 Tipos de culpa médica	17
2.2 Modalidades de aparecimento da culpa médica	17
2.2.1 Imperícia	19
2.2.2 Imprudência	20
2.2.3 Negligência	21
2.3 A responsabilidade médica	21
2.4 A responsabilidade civil do médico pelo fato de outrem	23
2.4.1 Substituição entre profissionais	23
2.4.2 Relação médico-anestesiologista	24
2.5 Responsabilidade pelo fato da coisa	24
CAPITULO 3. IRRESPONSABILIDADE MÉDICA	25
3.1 Excluíentes da responsabilidade médica	25

CAPITULO 4. PROCEDIMENTOS MÉDICOS	27
4.1 Indicações corretas	27
4.2 Cirurgias eletivas	27
4.3 Pedidos inúteis de exames	28
4.4 Transcrição de pedidos de exames e procedimentos	28
CAPITULO 5. DIAGNÓSTICO E CONDUTA	30
5.1 Coerência na conduta	31
5.2 Divergências de conduta	32
5.3 Erro induzido	32
5.4 Improvisação perigosa	33
5.5 Comportamento condenável	33
CAPITULO 6. O RISCO: A NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO	35
CAITULO 7. CIRURGIA PLÁSTICA	37
CAPITULO 8. ERRO MÉDICO: CORAGEM PARA ASSUMIR AS FALHAS	39
CAPITULO 9. TERAPIA CONTRA A DÚVIDA	41
9.1 Uma prática saudável	44

CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMO

Desde o início da vida em sociedade, e logicamente, desde que o homem passou a assimilar técnicas de cura e diagnósticos dos males que atormentam a sua vida e a de seu semelhante, a humanidade passou a ver os médicos como verdadeiros deuses, entidades divinas cuja responsabilidade maior é de livrar o mundo dos males que o afligem e devolver a paz, a segurança e, evidentemente, a saúde perdida.

A presente monografia aborda o Erro Médico: responsabilidade civil, trazendo a baila os principais aspectos do erro médico, demonstrando os mecanismos que a comunidade dispõe para a prevenção deste problema que assola a sociedade, mas que, uma vez bem abordado e bem discutido, com a prevenção que a sua importância faz necessária, pode ser, se não exaurido, pelo menos de sobremaneira diminuído. A intenção é abordar tal problemática nas suas mais diversificadas faces com o intuito de dissecar seu conteúdo a fim de criar soluções para uma eficaz contrapartida ao mesmo. Apresentando a necessidade da conscientização de que o erro existe, por parte dos médicos, a fim de a partir de um estudo esmiuçado do tema possamos chegar a uma solução plausível, objetivando proporcionar uma maior qualidade de vida aos brasileiros, pois o médico tem influência direta sobre o corpo, ou parte dele, e o psiquismo humano, devendo ter plena consciência dos deveres éticos e jurídicos que lhe advém pelo exercício de sua profissão, dever este que visa a redução ao máximo, para os pacientes e a comunidade em geral, dos efeitos nocivos possíveis nessa área.

A intenção primeira é fazer com que os médicos tomem consciência de que o problema existe e pode trazer conseqüências drásticas tanto para o paciente como para o próprio médico, que uma vez figurando como a figura mais importante nessa problemática acaba por ter que responder na proporção da sua culpa. Demonstra a necessidade de que sejam retificadas algumas falhas inerentes a formação do médico, bem como do próprio sistema de saúde como um todo, como forma de diminuir a incidência do erro médico, deixando assim a sociedade mais tranqüila quando tratar de saúde.

Palavras-chaves: erro médico, responsabilidade, culpa.

INTRODUÇÃO

A presente monografia apresenta "O Erro Médico", fazendo uma abordagem sobre os aspectos mais relevantes no que se refere ao erro médico e a responsabilidade civil.

A problemática do erro médico se situa em um contexto extremamente complexo, envolvendo aspectos diversos e questões de diferente natureza, cada um deles com respostas imprevisíveis e dimensões incomensuráveis.

O objetivo da presente monografia é apresentar os mecanismos de que a comunidade dispõe de combate ao erro médico, a fim de uma melhor prevenção para esse problema.

Partindo da aceção de que a melhor prevenção do erro médico é a plena tomada de consciência, por parte dos médicos, de que ele, o erro médico existe e pode trazer conseqüências sérias para o doente e também para si.

Assim, utilizamos à pesquisa bibliográfica, partindo na busca de informações em livros sobre o assunto.

A escolha do tema justifica pela necessidade de dar atenção ao assunto, para que as falhas da formação do médico, bem como as do sistema de saúde, sejam erradicadas ou diminuídas, desta forma aliviando a grande ansiedade e o grande receio da comunidade, pois no campo da saúde o atendimento é precário, tudo conduzindo de maneira a tornar o médico o algoz da história. O estudo apresenta fundamentos relevantes com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do brasileiro.

CAPITULO 1. ERRO EM MEDICINA

Como qualquer outro profissional, o pensamento científico do médico utiliza um intercâmbio entre experiência e memória.

O médico, na sua formação, vai acumulando conhecimentos, que são registrados na memória, alimentados pela prática e pelo estudo teórico.

Sendo assim, o médico possui na sua memória conhecimentos sobre vários assuntos, conhecimentos teóricos e práticos, muitas vezes apresentando algumas similaridades com a memória de um computador.

Desta maneira, podemos entender como é complicado fazer o diagnóstico em qualquer fase do tratamento do paciente ou até mesmo dar o diagnóstico da morte.

Existindo a dificuldade de se fazer o diagnóstico correto, pode-se entender a possibilidade do erro do diagnóstico, sendo ele um tanto quanto complexo.

Contudo, para que o erro seja caracterizado, é preciso que se conheça o que é o certo, ou pelo menos, do que poderia ser aceito como certo.

A questão da verdade é um tanto quanto complexa, sendo um problema filosófico. No nosso trabalho, consideremos como sendo correto o tratamento do paciente que vise proporcionar o restabelecimento das condições de saúde afetadas pela doença.

Entendemos por saúde o estado de bem-estar do indivíduo. A doença pode ser entendida como tudo que tira o indivíduo desta condição de bem-estar. O serviço médico consiste nos procedimentos do médico para eliminar a doença e restabelecer a saúde. O erro médico pode ser visto como um desvio do objetivo a ser

atingido, ou seja, uma falha no procedimento do médico que desvie o alcance do objetivo.

Veja a definição de GIOSTRI (1999, p. 136):

Erro médico pode, então, ser entendido como uma falha no exercício da profissão, do que advém um mau resultado ou um resultado adverso, efetuando-se através da ação ou da omissão do profissional.

Às vezes, é possível a ocorrência de um erro que, por ser de pequena monta ou por não deixar seqüelas, passa despercebido ao cliente. Todavia, quando da ação ou da omissão do profissional advier um dano ao paciente, como o claro e indispensável nexos de causalidade, então deverá ele ser responsabilizado.

1.1 Erro culposo e erro doloso

Considerando a formação que o médico passa para o exercício profissional, é inadmissível que, de vontade própria, um médico venha a cometer voluntariamente um erro. O erro doloso é um crime, sendo aquele cometido voluntariamente. Não é concebível falar de erro doloso, podendo ser este fato comprovado pela revisão da literatura existente.

Os casos que os médicos são condenados, são enquadrados como erro culposo. O erro culposo consiste por ação ou omissão e trata-se de uma quebra ou inobservância de uma regra de conduta que produz lesão ou dano ao paciente. Ou seja, é um desvio do procedimento para alcançar o objetivo – a cura do paciente.

1.2 O erro do paciente

O paciente possui uma grande expectativa ao trabalho do seu médico, tendo este como “o dono da verdade”. Este mito, do médico ser o dono da verdade, leva os pacientes a não questionar uma prescrição do médico. Quando o médico prescreve, apenas o tomamos, sem questionar porque ele prescreveu aquele medicamento. Isto porque o paciente acredita no médico e deposita nele a confiança do que ele tem de mais precioso: a sua saúde e a sua vida.

Freqüentemente, os pacientes consideram como erro médico o não alcance de suas expectativas, sendo que, conforme afirma MORAES (1992, p. 220):

Uma grande parte dos casos tidos pelos pacientes ou familiares como erro, decorre da incompreensão sobre o que lhe foi dito, ou do que não foi adequadamente entendido.

Em virtude do estado emocional ocasionado pela doença, a compreensão dos problemas existentes torna-se ainda mais difícil. Sendo assim, um resultado esperado pelo médico e tido como satisfatório, pode não ser bem aceito pelo paciente, ou sequer ser aceito.

Sobre essa comunicação médico-paciente, GIOSTRI (1999, p. 137) faz o seguinte comentário:

Ressalte-se, daí, a importância da boa relação médico-paciente e da necessidade de este último estar informado da melhor e mais ampla maneira possível sobre os prognósticos de sua patologia, independentemente dos diferentes níveis de sua capacidade de entendimento frente aos esclarecimentos fornecidos por seu médico (o que também deve ser sopesado por este).

É de vital importância para o sucesso do diagnóstico do médico, a clareza dos dados fornecidos pelo paciente a este, no momento do relato de suas queixas. Sendo que a primeira e importante fase do diagnóstico se inicia com base nas informações dadas pelo paciente. Estas informações darão suporte para o médico determinar a prescrição dos medicamentos, os exames laboratoriais a serem pedidos, bem como todo o procedimento médico a partir de então. Concluindo, são de suma importância para o sucesso do tratamento a clareza e a veracidade das informações fornecidas pelo paciente.

1.3 Erro de diagnóstico e erro de conduta

Conforme afirma MORAES (1995, p. 223), até hoje são desconhecidas às causas de um terço das doenças já catalogadas, sendo assim, o diagnóstico é frágil no que se refere a segurança, tendo, portanto, uma probabilidade de estar errado.

Contudo, o que deve ser deixado claro é que o médico não pode errar a conduta.

A conduta depende das respostas a cada procedimento, podendo o diagnóstico ser corrigido a cada passo, sempre que possível no mesmo tempo, para que o desvio do alcance do objetivo seja menor, possibilitando o retorno ao alcance objetivado com menores seqüelas.

Assim, conclui GIUSTRI (1999, p. 138):

Do que se conclui que agirá o médico com culpa, não por ter errado o seu diagnóstico, mas por ter insistido em manter-se dentro de uma conduta não

satisfatória e não adequada, não advindo daí nenhum benefício para o seu paciente e, por conta da qual não poderá este último apresentar progresso ou melhora em sua patologia.

1.4 Erro escusável ou erro profissional

Conforme afirma MORAES (1995, p. 225):

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.

Assim, o médico não tem responsabilidade pelo que não deu certo devido ao fato de que o paciente não ter feito como lhe foi prescrito ou pelo fato de seu organismo não ter reagido como se poderia esperar.

Os juízes costumam caracterizar o erro profissional como sendo aquele contingente 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, podendo confundir a conduta do profissional e levar o médico a se conduzir erroneamente.

Segundo MORAES (1995, p. 225):

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.

Sendo assim, a oportunidade de ocorrer erro médico está em todo o decurso do relacionamento médico/paciente, desde o 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.

1.5 Erro grotesco

A cerca deste tema, tão bem explana MORAES (1995, p. 226):

A título de curiosidade lembro que o erro mais grotesco de que tornei conhecimento, foi o do médico do fim do século passado que, ao operar um abdome, deixou cair seu pince-nez na cavidade peritoneal e, como sem ele tinha dificuldade de visão, não o encontrou.
Foi encontrado na autópsia!

Resolvemos apresentar o retro citado exemplo trazido pelo proeminente doutrinador MORAES por julgarmos um tanto quanto curioso.

CAPITULO 2. CULPA E RESPONSABILIDADE MÉDICA

Como qualquer outra profissão, o médico precisa ter conhecimentos básicos, tanto práticos quanto teóricos, de sua profissão, a fim de exercê-la de acordo com os princípios de uma conduta cautelosa, perita e eficiente.

O médico trabalha com o dom mais precioso que temos: a vida. Por isso, é exigida do médico uma conduta bastante rigorosa.

Segundo GIOSTRI (1999, p. 38):

A culpa do profissional médico, perante o direito, é uma culpa comum e não uma culpa especial, como querem alguns, o que diferenciaria sua conduta dos demais indivíduos. Também a responsabilidade que lhe é atribuída é aquela idêntica para todos; diferente, apenas, é a natureza de ocorrência da culpa, pois esta resulta do exercício de uma profissão, da profissão médica.

A responsabilidade médica passou por uma evolução até chegar, atualmente, nos mesmos princípios da responsabilidade civil em geral. De acordo com a responsabilidade civil, quem pratica um ato em estado de sã consciência e capacidade, com liberdade, intencionalidade ou por mera culpa, tem o dever de reparar as conseqüências danosas de suas atitudes.

Contudo, é fundamental a diferenciação do progresso do estado mórbido com erro médico, ou seja, diz respeito a verificação se o dano ocorrido foi causado por ato do médico ou se veio por evolução natural da doença.

2.1 Tipos de culpa médica

Culpa profissional é aquela particular qualificação que a culpa civil (mas, também, penal) assume no âmbito das atividades profissionais, ocorrendo ou configurando-se quando o profissional descumpre com as obrigações inerentes a seu mister, agindo sem o cuidado, a diligência e a perícia que lhe impõem as regras de sua profissão.

Desta forma, a culpa médica se apresenta como uma espécie de culpa profissional, dela resultando a responsabilidade civil profissional. Assim, com a quebra de um dever jurídico, surge a obrigação do ressarcimento, através de uma indenização, afim de compensar ou ao menos amenizar o prejuízo causado a outrem.

2.2 Modalidades de aparecimento da culpa médica

Como vimos, a postura culposa do médico é caracterizada quando ele age com falta de diligência ou com inobservância das normas de conduta. O elemento caracterizador da culpa, portanto, é a falta de diligência, de prevenção e de cuidado. Daí surge às suas três modalidades, que são a imperícia, a imprudência, e a negligência.

Segundo MORAES (1995, p. 241):

As três situações – imprudência, negligência e imperícia – têm a mesma gravidade do ponto de vista de culpa; entretanto, como disse, para que se responsabilize o profissional que cometeu o erro é fundamental que se estabeleça o nexo de causa e efeito entre o procedimento e a seqüela.

Pode haver um momento em que essas espécies se entrelaçam, verificando-se, então, a negligência revestida de imprevisão, a imprudência forrada de desprezo pela diligência e pelas regras de habilidade, a imperícia traçada de negligência.

O Código Civil de 2002, no seu artigo 186, diz:

Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imperícia, violar direito ou causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Reproduzindo quase fielmente o que preceituava o artigo 159 do código Civil de 1916, que preceituava:

Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imperícia, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano”.

Ainda no código antigo, seu artigo 1.545, pregava:

Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiros e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimentos.

Com o advento do novo código civil, em 2002, no seu art. 951, a redação foi alterada para a seguinte:

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.

Insta salientar:

Funda-se na culpa, e a disposição tem por fim afastar a escusa, que poderiam pretender invocar, de ser o dano um acidente no exercício de sua profissão; o direito exige que esses profissionais exerçam sua arte segundo os preceitos que ela estabelece e com as cautelas e precauções

necessárias ao resguardo da vida e da saúde dos clientes, bens inestimáveis, que se lhes confiam, no pressuposto que deles zelem; e esse dever de possuir sua arte e aplicá-la, honesta e cuidadosamente, é tão imperioso que a lei repressiva lhe pune as infrações.

Acima está a responsabilidade dos profissionais citados - médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiros e dentistas, de acordo com a afirmação de BEVILÁQUA (1984, p. 696):

2.2.1 Imperícia

Veja o comentário de GIOSTRI (1999, p. 44) a respeito da imperícia:

Portanto, imperícia é um tipo de culpa – por ação –, que pode ocorrer quando o médico faz de maneira errada ou equivocadamente aquilo que deveria fazer, seja por falta de experiência, despreparo técnico ou incompetência.

Entendemos pois por imperícia a falta de habilidade para praticar determinados atos que exigem certo conhecimento.

Segundo ZAMPIERI JUNIOR (1995, p. 117):

É a ignorância, incompetência, desconhecimento, inexperiência, inabilidade, inmaestria na arte ou na profissão.

E, concorda MORAES (1995, p. 241):

Imperícia é a deficiência de preparo ou de habilitação, desconhecimento adequado da conduta, falta de habilidade técnica para a realização do procedimento escolhido incompetência.

Sendo assim, se o médico ao se sentir incapacitado diante de um quadro clínico, seja por problemas pessoais, seja por falta de equipamento ou condições

técnicas, deverá encaminhar o paciente para outro colega, melhor qualificado do que ele, ao menos na especialidade que se faz necessária para resolver o problema do momento. Caso o médico não aja desta maneira e resultando em erro, sem sombra de dúvida, terá ele incorrido em uma atitude recriminável e à qual se convencionou chamar de imperícia.

2.2.2 Imprudência

Segundo GIOSTRI (1999, p. 44): “É uma modalidade de culpa por ação, quando o médico faz o que não devia, seja por uma má avaliação dos riscos, por impulsividade, por falta de controle e, até, por leviandade”.

Segundo DIAS (1995, p. 120), “é a afoiteza no agir, o desprezo das cautelas que cada qual deve tomar com seus atos”. Ou seja, consiste na precipitação, em atitudes contrárias as normas do procedimento sensato.

Assim, a imprudência ocorre quando o profissional procede sem cautela. Tratando de uma precipitação.

Como exemplo, podemos citar o cirurgião que opera sem o diagnóstico correto e sem o preparo adequado do paciente, como no caso do que opera o fumante sem suspender o fumo antecipadamente, ou que opera na vigência de gripe ou resfriado, radiografia etc.

2.2.3 Negligência

Negligência é a omissão daquilo que razoavelmente se faz, ajustadas as condições emergentes às considerações que regem a conduta normal dos negócios humanos.

Segundo MORAES (1995, p. 240):

Negligência é a falta de diligência, implicando desleixo ou preguiça. Resulta em consequência de esquecimento ou de omissão. Os esquecimentos de gazes ou de compressas enquadram-se nesta falha.

(...)

Também constitui negligência não dar assistência adequada, descuidar do paciente, não prescrever corretamente esquecendo as recomendações, não referindo a dieta correta, não indicando transfusão de sangue quando imprescindível.

A negligência é um tipo de culpa por omissão, efetivando-se quando o profissional não fez o que deveria ter feito, seja por inércia, passividade, indiferença, desleixo, descuido, menosprezo, preguiça ou, mesmo, cansaço.

2.3 A responsabilidade médica

A obrigação que tem aquele profissional de reparar e satisfazer as consequências de atos, omissões e erros voluntários ou involuntários, dentro de certos limites e cometidos no exercício de sua profissão.

Para que ocorra a responsabilidade médica alguns elementos se fazem necessários, os quais são cinco, a saber:

- O agente, que é o médico:

O agente é o próprio profissional, legalmente registrado no Conselho e habilitado. Sendo que os que não são habilitados, como os curandeiros responderão por outro tipo de crime, pois os não habilitados não poderiam responder por atos que dizem respeito ao exercício de uma profissão que não é a sua.

- O ato profissional, ocorrido no exercício da profissão:

O ato médico, que pode ser comissivo ou omissivo, só poderá ser praticado pelo profissional habilitado, sendo dirigido no sentido de prevenir, promover ou recuperar a saúde de seu paciente, devendo ele servir-se de técnicas e recursos atualizados e consagrados pela ciência médica.

- A culpa (imperícia, imprudência ou negligência):

Como já apresentamos, a culpa diz respeito ao erro de conduta.

- O dano (que pode abranger desde o agravamento da doença, uma lesão ou ferimento, até a morte):

O dano é o resultado prejudicial advindo da ação (ou da omissão) do médico. Por imperícia, imprudência ou negligência, o profissional pode colocar a vida do paciente em risco, variando aquele dano desde uma pequena lesão até a morte.

- A relação de causa e efeito entre o ato e o dano, a ação ou omissão do médico que gerou o dano:

A relação causal entre o ato e o dano é o nexó indispensável entre a causa e o efeito que deve existir entre o ato do médico e o prejuízo ocorrido, para que o profissional possa ser responsabilizado.

2.4 A responsabilidade civil do médico pelo fato de outrem

A evolução da medicina ocasionou a formação de equipes, permitindo a possibilidade da incidência da responsabilidade pelo fato de outrem.

Por exemplo, a idéia do cirurgião como chefe de equipe e responsável único tem se modificado sensivelmente e, em especial, frente à pessoa do anestesiológico.

Surgem neste contexto duas situações que devem ser analisadas: a substituição entre profissionais e a relação cirurgião-anestesiológico.

2.4.1 Substituição entre profissionais

A responsabilidade contratual pelo fato de outrem ocorre toda vez que o responsável contratual por determinada obrigação delegar para terceiro a execução total ou parcial da tarefa.

Essa substituição pode ocorrer de duas formas:

- Um médico (X) é substituído por outro (Y), atuando o Y de forma independente, diretamente vinculado ao paciente. Em ocorrendo erro, não deve haver responsabilidade para o médico (X), visto não existir nenhum tipo de relação entre os dois profissionais.
- Um médico (X), necessitando valer-se de um colega de profissão, o médico (Y), subordina a atuação deste à sua direção. Incidindo o colega substituto, o

médico (y) em culpa, resultará, para o primeiro (X), responsabilidade por fato de outrem.

2.4.2 Relação médico-anestesiologista

Erro de cirurgião deve ser suportado pelo próprio; erro de anestesia, pelo anestesiologista.

Embassamos nossa postura no art. 33 do código de ética que prevê ser vedado ao médico: "Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente".

2.5 Responsabilidade pelo fato da coisa

Preceitua GIOSTRI (1999, p. 59):

Assim, se a má utilização de um instrumento – que o médico deveria saber como operar devidamente – for causa de dano para o paciente, dará azo à responsabilização, já que o uso do objeto confunde-se com o ato médico.

O médico tem a responsabilidade de escolher, para melhor desempenhar sua atividade, os instrumentos e aparelhos para o melhor tratamento para a cura ou melhora de seu paciente. Quando ele fizer mau uso dessa liberdade e disso resultar um dano para seu paciente, haverá a responsabilidade civil para ele.

CAPITULO 3. IRRESPONSABILIDADE MÉDICA

Existem certas situações especiais que por suas características próprias darão azo à excludência da responsabilidade do profissional médico.

O princípio da responsabilidade médica encontra-se consagrado pela doutrina e pela jurisprudência, ou seja, o médico será responsabilizado quando agir com culpa, não só pelo que fez, mas também pelo que deixou de fazer.

Então, o médico será responsabilizado sempre quando cometer erro grosseiro, um erro que outro médico não o cometeria; ou então, quando agir com imprudência, imperícia ou negligência, dessa sua atitude vindo a resultar dano para o paciente. Podendo então ser responsabilizado por agir (ação) ou por não agir (omissão).

A irresponsabilidade médica caracteriza-se pela ausência de dolo em sua conduta.

3.1 Excludentes da responsabilidade médica

O médico poderá não ser responsabilizado por dano ao paciente se, na sua atuação profissional, existir uma das excludentes de responsabilidade, que são: o caso fortuito, a força maior ou a culpa exclusiva do paciente.

Funcionam como excludentes da responsabilidade médica a conduta culposa da vítima, o fato de terceiros – caracterizado pela ação dolosa ou culposa de outrem

que não o médico -, o caso fortuito e a força maior, tais quais as anomalias imprevisíveis.

A culpa exclusiva da vítima libera o médico de toda e qualquer responsabilidade pelo dano experimentado por seu paciente.

Por exemplo, se após uma cirurgia no joelho, o médico prescreve ao seu paciente que ele não pode praticar atividades físicas durante um determinado tempo, e o paciente descumpra as determinações, as consequências negativas de uma cicatrização indevida ou de uma atrofia, não serão responsabilidades do médico, já que a culpa é exclusiva do paciente, que desobedeceu a prescrição médica.

Existindo culpa concorrente da vítima e do médico, não configuraria exclusão de responsabilidade, mas sim uma responsabilidade bipartida, onde cada uma das partes responderia pela parcela de culpa que lhe coubesse.

CAPÍTULO 4. PROCEDIMENTOS MÉDICOS

4.1 Indicações corretas

É um tanto quanto complicada a distinção dos procedimentos médicos corretos dos indevidos. A probabilidade de certos procedimentos serem caracterizados como indevidos é maior nos pedidos de exames complementares. O médico que solicita muitos exames é de certa forma, discriminado. Porém, esse comportamento minimiza os erros médicos, por isso as seguradoras nos países desenvolvidos inibem os médicos a esse comportamento. No Brasil, este comportamento é visto como de má-fé, muitas vezes, o paciente interfere no pedido de exame.

4.2 Cirurgias eletivas

É impossível garantir, com absoluta certeza, quando o procedimento foi correto ou indevido. Este dilema, quando existe, é problema de foro íntimo. O Brasil possui o maior número de cesáreas do mundo.

A opção pela intervenção cirúrgica é uma escolha de procedimento que pode ocasionar em erro médico.

4.3 Pedidos inúteis de exames

Os pedidos inúteis de exames ocorrem em duas ocasiões distintas. O médico jovem, na insegurança de fazer o diagnóstico, solicita vários exames, sendo muitos deles inúteis. Alguns médicos, com interesses ilícitos, solicitam vários exames apenas pensando nos recursos financeiros que lhe serão gerados.

Muitos médicos solicitam diversos exames, desprezando o exame físico e somente examinando os dados dos exames.

Segundo MORAES (1995, p. 187):

Os exames complementares devem ser pedidos quando a história e exame físico levarem a essa indicação para confirmar o diagnóstico e jamais para omitir o exame físico.

Uma maneira de evitar que exames inúteis sejam feitos é perguntar ao paciente se ele já realizou aquele exame, pois este exame pode ser utilizado ou comparado com o novo resultado.

Por exemplo, se você fez exame de sangue semana passada e hoje, ao ir ao médico ele lhe solicita um exame de sangue, você não precisará fazer o exame de sangue ou este pode auxiliar na análise do novo exame.

4.4 Transcrição de pedidos de exames e procedimentos

Erros grosseiros têm sido evidenciados na transcrição de pedidos de exames e procedimentos de um médico por outro.

Por exemplo, um plano de saúde permite que os exames e procedimentos sejam realizados, desde que os pedidos sejam transcritos por um médico credenciado. Essa transcrição pode ocasionar em erros grosseiros.

O médico credenciado não pode simplesmente transcrever um pedido, pois pode subscrever um erro.

Quem transcreve um pedido de exame envolve-se no caso e poderá vir a ser responsabilizado pelo risco que fizer o doente correr.

Então, o médico nunca deve transcrever um pedido, ele só o deve fazer, se achar, a seu critério profissional, que o exame está corretamente indicado ou que o procedimento está absolutamente certo.

CAPITULO 5. DIAGNÓSTICO E CONDUTA

Sabemos que os médicos podem errar o diagnóstico, mas não a conduta.

Em certos casos de emergência, onde o médico vê a necessidade de tomar atitudes rápidas, a fim de aliviar o paciente ou quando este corre perigo de vida, o médico pode tomar medidas urgentes. Nesse caso, o médico não pode adiar a conduta, esperando o resultado de exames complementares, e deve baseado no bom senso tomar suas decisões apoiado no diagnóstico clínico.

Vamos transcrever o exemplo apresentado por MORAES (1995, p. 164):

Uma criança foi atropelada por um carro quando passava pela rua. O Prof. Dr. Joamel Bruno de Mello que, na ocasião, era Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, viu que a vítima estava se afogando em seu próprio sangue, que jorrava da face. Ele colocou a cabeça da criança em hiperextensão na guia da calçada, pediu a um dos curiosos a borrachinha do filtro de água que usou como cânula e, com um canivete, fez uma traqueotomia e salvou a criança. Na ocasião, a imprensa fez grande alarde e o Governador do Estado condecorou-o pelo ato. Se tudo fosse feito da mesma maneira, mas três minutos depois, será que não teria que explicar o fato nos tribunais?

E, conclui MORAES (1995, p. 165):

O erro do diagnóstico faz parte do progresso e do cabedal do conhecimento próprio do médico e não traz maiores conseqüências para o doente; entretanto, o erro de conduta pode levar o doente à morte.

Com esse exemplo podemos demonstrar que se exige do médico: competência, coragem, ousadia e um extremo bom senso.

Em certos casos o médico se vê no dilema de tomar a decisão ou esperar pelos exames. No exemplo retro citado, o médico tomou a atitude correta. Mas se

ele tivesse esperado o socorro chegar, a criança provavelmente teria morrido. O bom senso é fundamental.

Muitas vidas são perdidas por causa do retardamento da decisão, esperando o resultado de exames.

5.1 Coerência na conduta

É muito relevante que os registros feitos no Prontuário de cada paciente sejam coerentes, demonstrando a evolução do tratamento. O prontuário deve ser sempre atualizado de acordo com as consultas do paciente.

O prontuário médico é muito importante, pois nele fica registrado tudo o que o médico fez pelo paciente, pois nele se encontram todas as informações, como achados clínicos, exames laboratoriais etc.

O médico poderá ser incriminado se no prontuário for encontrado dados impróprios ou incoerentes.

Sendo assim, o médico deve ter uma grande atenção ao escrever no prontuário, procurando registrar de forma coerente a evolução do quadro clínico do paciente, sendo que este prontuário pode ser utilizado para a caracterização do erro médico.

5.2 Divergências de conduta

Não é fato raro que exista a divergência de conduta entre os médicos, conseqüentemente, tal fato não representa erro de um ou de outro.

O diagnóstico depende de vários fatores, como a cultura do médico, capacidade, experiência específica no diagnóstico etc.

Este contexto é complexo para todos os ramos da medicina e, principalmente quando se trata de cirurgia, pois os casos são definitivos e irreversíveis.

Deve-se considerar também o estado do doente, os agravantes do quadro, as condições do local, recursos antes e depois da cirurgia etc.

5.3 Erro induzido

Em certas situações na medicina, podemos admitir que o erro foi induzido.

MORAES (1995, p. 172) utiliza um exemplo para definir a expressão "erro induzido":

A apendicectomia é uma operação tecnicamente fácil, porém, dois fatores a tornam perigosa. O primeiro deles decorre das variações anatômicas do próprio órgão, a segunda do grau de inflamação lesando o próprio órgão e os que estão acolados a ele. Os mesmos fatores que dificultam a extração do órgão também influenciam na modificação dos sintomas, retardando o diagnóstico de certeza, o que, por sua vez, faz que a lesão nos órgãos vizinhos dificulte ainda mais o diagnóstico e depois da operação.

O exemplo retro citado descreve a possibilidade de maiores complicações quando o diagnóstico é prejudicado por outros fatores. Há uma peculiaridade, a experiência do cirurgião é um fato determinante no diagnóstico.

5.4 Improvisação perigosa

É relevante ressaltar que não é aconselhável improvisar-se em medicina, tendo em vista que se trabalha com que temos de mais valioso: a vida.

Mesmo que pareça certo ou lógico, não se deve inventar nenhum procedimento, quando não se conhece o procedimento suficientemente para aplicá-lo, seja pela falta de experiência seja por outros fatores.

A improvisação é uma atitude perigosa, pois pode resultar na morte do paciente. Algumas vezes nos deparamos em situações em que cirurgiões, numa emergência, fazem cirurgias que não são do seu domínio.

5.5 Comportamento condenável

Primeiramente, vamos apresentar um caso comum, que ocorre muitas vezes, é o caso do paciente que abre o resultado do exame que está endereçado ao médico, pois a natureza do ser humano é curiosa.

Veja o que diz MORAES (1995, p. 174):

Antes de mais nada ele estará violando correspondência alheia e, embora esta lhe diga respeito e a ele pertença, corre o perigo de que, não sabendo interpretar o exame, venha atrapalhar-se com o resultado.

Sendo assim, podemos entender que somente o médico que solicitou o exame terá condições de analisar o resultado para fazer o diagnóstico, também ele poderá pedir que o paciente refaça o exame, a fim de confirmar o diagnóstico.

O paciente, não sabendo interpretar corretamente o resultado, pode ficar impressionado com algum dado que julgar caracterizador de doença, sendo que na verdade, está tudo bem.

Por esse e outros motivos, o paciente, em hipótese alguma, deve abrir o exame.

CAPITULO 6. O RISCO: A NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO

O médico deve analisar com extremo rigor o risco, sempre informando o paciente sobre os riscos que ele está correndo. O risco deve ser considerado e informado ao paciente em todos os casos, desde no atendimento clínico, na cirurgia geral até a cirurgia plástica, onde a informação deve ser mais ampla e abrangente, a fim de informar o paciente sobre os riscos que ele estará correndo.

Existe então um risco na prevenção da enfermidade, segundo aponta MORAES (1995, p. 201):

Parece contraditório, e até certo ponto chocante, admitir-se a existência do perigo na sua própria prevenção.

De um modo geral, podemos caracterizar toda atividade humana como uma geradora de risco. Sendo assim, de tal estigma não escapa o exercício da profissão médica de uma maneira geral, independente da especialidade e, para bem identificar o que foi erro, ou o que é fruto do risco, é necessário, caracteriza-los.

Segundo PANASCO (1984, p.49), admite-se *“que existe uma condição de precariedade humana segundo a qual todos os esforços são inúteis”*, do que se pode concluir que há uma correlação ao doente, ou seja, o risco do ato médico será tanto maior, quanto maior for o da própria doença.

Existe, pois, uma possibilidade de variantes de grau nesse risco, devem ser avaliados fatores, dentre quais podemos citar:

- Tipo da doença (patologia mais, ou menos agressiva);
- Condições orgânicas do paciente (precárias, razoáveis, boas);

- Recursos postos à disposição no momento do atendimento (pronto-socorro, posto de atendimento, hospital modelo, clínica particular etc.).

Podemos classificar os riscos em dois tipos:

- Riscos típicos: são aqueles cuja delimitação está em função de uma porcentagem de frequência – fixados por casos concretos, dando margem a que tal porcentagem possa ser avaliada dentro de critérios flexíveis e adaptáveis, por já serem conhecidos.
- Riscos atípicos: são as complicações que se produzem fora do perfil do risco típico, ou seja, imprevisíveis, o que implica em não exigir a adoção de medidas preventivas para evitar sua produção.

CAITULO 7. CIRURGIA PLÁSTICA

Sendo uma área de especialidade da cirurgia geral, a cirurgia plástica compreende as cirurgias reparadoras (Se destinam a corrigir defeitos congênitos ou adquiridos) e as cirurgias estéticas.

Sendo assim, de um lado as cirurgias reparadoras possuem uma finalidade terapêutica, associada a uma certa busca da estética, pois considera-se que nenhum tipo de deformidade física é agradável aos olhos. O mesmo pode-se dizer no que tange às cirurgias embelezadoras, possuindo igualmente um lado terapêutico, que visa o embelezamento.

A cirurgia estética era vista, de início, como um sinônimo de vaidade, mas com o decorrer do tempo, passou a ser vista como um benefício para a saúde do indivíduo.

Psicólogos e psiquiatras recomendam as cirurgias embelezadoras a seus pacientes, pelos resultados benéficos que trarão à sua auto-estima e segurança.

Sobre o erro médico na cirurgia plástica, MORAES (1995, p. 212) faz o seguinte comentário:

A cirurgia plástica ocupa, na problemática do erro médico, uma situação peculiar, pois o risco indiscutivelmente alto que ela envolve é de um tipo diferente, indissoluvelmente ligado a um juízo de valor que está relacionado com o resultado da intervenção cirúrgica. Por isso, ela é encarada de modo especial pela justiça: enquanto o exercício de toda a medicina, da perspectiva legal, se faz por um contrato de meio, a cirurgia plástica e, dentro dela e contingente estético, é considerado como contrato de resultado.

Certas vezes, a insatisfação do paciente com um defeito físico é tão grande, que nenhuma cirurgia plástica poderia atingir o resultado satisfatório.

A ser considerada a sua prestação obrigacional como sendo de resultado, estaria gerada a possibilidade de o médico ser acusado de não ter adimplido a sua obrigação.

Então, o que pode ser considerado bom resultado pelo médico, conhecedor das restrições e limitações impostas pela fisiologia diversa de cada organismo, pode ser considerado como aquém do esperado pelo paciente que antevia uma resultante outra, que pode até ter sido constituída sobre arroubos quiméricos e sonhos fantasiosos.

A responsabilidade do cirurgião plástico é mais ampla, sem dúvida, pois o paciente, a procura-lo encontra-se na maioria das vezes em estado de higidez.

Em decorrência dessas circunstâncias – paciente não ser doente e desejar melhorar a aparência -- é que dele se exige mais. Uma vez que no íntimo a esperança de beleza é ilimitada e se altera a todo o momento pelos novos paradigmas que o cinema e a televisão oferecem, as expectativas das pacientes lidam com o reino da fantasia.

Diante da peculiaridade que a especialidade apresenta, o cirurgião plástico deve ter maior preocupação que os demais no sentido de documentar sobejamente os casos de seus pacientes.

Essa documentação deve ser rigorosamente padronizada antes, durante e depois da operação com exposições fotográficas frontais e de ambos os lados e se for o caso, oblíquas.

Essas precauções servirão para o paciente sentir as mudanças e o cirurgião se proteger de eventual insatisfação do paciente com a beleza almejada.

CAPÍTULO 8. ERRO MÉDICO: CORAGEM PARA ASSUMIR AS FALHAS

Histórias de erro médico são tão antigas quanto à medicina, mas no Brasil nunca houve tantas denúncias nesse campo. Pouco tempo atrás, uma reportagem especial de VEJA traz duas novidades sobre o assunto.

A primeira é que o erro médico não é um problema exclusivo dos maus profissionais. Ele ocorre com uma frequência muito maior do que se imagina e envolve também profissionais sérios e bem preparados.

A segunda é uma boa notícia: os médicos, pela primeira vez, estão mais dispostos a falar abertamente sobre seus erros.

Errar é parte essencial da natureza humana, embora na medicina as consequências de um erro geralmente sejam mais trágicas, porque envolvem a saúde e a vida das pessoas.

Por isso mesmo, torna-se mais difícil reconhecer a falha. No Brasil, o assunto começa a ser tratado com certa clareza e isso é um grande progresso em relação ao passado, quando os médicos erravam e tudo ficava por isso mesmo. O risco a evitar é o exagero a que se chegou em países como os Estados Unidos, onde as ações contra os profissionais do avental branco se tornaram uma indústria bilionária, e eles gastam fortunas em seguros contra reclamações de pacientes.

Quatro em cada dez médicos americanos já foram acusados de erro em processos na Justiça. A coisa atingiu um estágio em que o próprio exercício da medicina é prejudicado.

Outra reportagem: de VEJA trata de uma questão mais delicada envolvendo o comportamento dos médicos. É o julgamento por conselhos regionais de medicina, de 26 profissionais acusados de ter colaborado com a tortura durante o regime militar. Nunca um grupo tão numeroso de médicos foi submetido a um processo do gênero no país.

Para os pacientes de hoje, o envolvimento de médicos com a tortura pode parecer um tema que ficou perdido no passado. Na verdade, ele tem forte conexão com o presente porque trata de uma questão atemporal: a ética na medicina.

CAPÍTULO 9. TERAPIA CONTRA A DÚVIDA

Bem-humorada, com um sorriso iluminando seu rosto, Zélia Velloso, de 56 anos, em nada lembra a mulher amarga de 1996. Naquele ano, ela desconfiava da existência de um nódulo no seio direito, embora o ginecologista a tranqüilizasse. Foi esta sua primeira opinião médica. O profissional dizia que era uma "separação de fibras", nada grave. A dona-de-casa, no entanto, vinha remoendo dúvidas desde 1991. Como a tal "separação" continuava sendo captada pelas pontas dos dedos, Zélia recorreu a outro especialista. Ouviu a segunda opinião, em silêncio, as mãos se retorcendo: tinha câncer, tão desenvolvido que atingira os gânglios. Teria de extirpar a mama. E ainda correria risco de vida, avisou o médico.

Zélia conteve-se para não gritar. Casada com um funcionário de um grande laboratório clínico de Brasília, mãe de três filhos, dias depois entrava no consultório do mastologista Antônio Ribeiro, um dos mais respeitados especialistas em câncer de mama do país. Ele externou a terceira opinião: confirmou o diagnóstico, mas garantiu-lhe a cura. No ano seguinte, a paciente enfrentou quatro sessões de quimioterapia, uma mastectomia radical a retirada do seio e outras seis sessões pós-operatórias para prevenir o ressurgimento do tumor. Refez a vida, mas o marido não superou o trauma. Até hoje, desvia os olhos da cicatriz que Zélia encara como sinal de triunfo. Todos os anos, o câncer de mama mata uma em cada 10 mil mulheres no Brasil.

Ribeiro, o médico que conquistou a confiança da dona-de-casa, enfrentaria problema parecido três anos depois. Após consultar o colega e amigo Miguel Srougi, renomado urologista e professor titular da Universidade Federal de São Paulo,

descobriu-se com um tumor na próstata - doença que deverá afetar 15 mil brasileiros neste ano, segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer. Estava na fase inicial e Srougi recomendou-lhe a cirurgia. Ribeiro aproveitou a viagem a Chicago, nos Estados Unidos, onde participaria de um congresso, para ouvir a opinião de José Edson Pontes, o brasileiro que chefia o setor de urologia do Hospital de Detroit. Pontes é considerado uma sumidade. Anos atrás, deu pareceres sobre o câncer de próstata de François Mitterrand a pedido da família do ex-presidente francês. Ribeiro estudava o assunto. Lera a tese polêmica de um cientista segundo a qual a melhor terapia para tumores na próstata em fase inicial é cruzar os braços e nada fazer. Pontes endossou o diagnóstico de Srougi e ofereceu a Ribeiro a possibilidade de ser operado em qualquer um dos centros médicos americanos. O mastologista declinou o convite. Voltou a São Paulo decidido a fazer a intervenção. "Procurar outra opinião é a conduta correta" ensina.

Prática corriqueira nos EUA, a consulta a um segundo médico começa a fazer sentido para os brasileiros. Diagnóstico não é sentença irrecorrível. Médicos podem enganar-se e divergir entre si. O doente tem o direito de elucidar dúvidas. E é livre para decidir sobre caminhos terapêuticos. "A relação médico-paciente mudou muito com a extinção daquele clínico de família consultado para qualquer gripe ou dor de cabeça", constata o cardiologista Ibrahim Pinto, do Hospital do Coração, em São Paulo. Raul Cutait, diretor de Oncologia do Hospital Sírio Libanês, também na capital paulista, acrescenta: "A cumplicidade se perdeu com o crescimento das consultas por planos de saúde e convênios. É difícil o atendimento individualizado". O fenômeno tem duas faces: se a cumplicidade se foi, a profissionalização e a especialização na área médica vão induzindo os pacientes a abdicar da relação de dependência com o "doutor".

Estimular a busca da opinião de outro especialista passa a ser uma conduta médica elogiável, é o que aprendem hoje os alunos de certas faculdades de medicina do país em aulas de ética, medicina legal ou patologia forense. Os cursos da Universidade de São Paulo e da Federal do Rio de Janeiro, por exemplo, seguem tal linha. Mostram, de quebra, que a onipotência profissional não é bom negócio. Existem mais de quatro mil processos abertos pela Associação das Vítimas de Erros Médicos nos últimos cinco anos. Já levaram à condenação, em primeira instância, 70% dos profissionais envolvidos. Diagnósticos mal fundamentados acabam por gerar encrascas.

A mudança de comportamento da clientela é impulsionada pelo sofrimento, pela esperança de salvar-se ou diminuir a dor de alguém que se ama. Em novembro do ano passado, a empresária Fátima Capucci foi alertada pela escola sobre os problemas de aprendizado da filha Nina, uma tranqüila menina de seis anos. Levou-a a uma neuropediatra que prescreveu uma bateria de exames. A ressonância magnética detectou problemas na massa branca do cérebro. A médica insegura para a emissão de um diagnóstico, consultou outro colega. Não chegaram a uma conclusão. Ela recomendou tratamento fonoaudiológico e acompanhamento psicopedagógico para a menina. Cismada, Fátima reuniu os exames e procurou mais um especialista em neurologia. Saiu com o diagnóstico: a filha tem uma deficiência cerebral mínima, distúrbio que será superado com os cuidados indicados pela primeira médica. "Decidi manter contato com os dois profissionais", afirma a empresária.

9.1 Uma prática saudável

Trabalho em conjunto e troca de opiniões integram o dia-a-dia de profissionais americanos. Fortalecem a confiança do paciente e servem de garantia contra longos processos e indenizações milionárias por erro médico. Nas três unidades da Clínica Mayo, uma das principais dos Estados Unidos - são 400 mil pacientes por ano-, cobra-se um preço especial por duas consultas com dois profissionais. Centro de renome mundial, o Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, fundado em 1884, mantém convênios com clínicas na França e na Turquia, além do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo. Estima-se que, só neste ano, os Estados Unidos terão 1,2 milhão de novos casos de câncer.

O Memorial situa-se no Estado de Nova York, território no qual, até dezembro, todos os médicos serão obrigados a publicar currículos com dados sobre formação acadêmica e experiência profissional. A divulgação será feita tanto pela Internet quanto pelos hospitais. Profissionais de áreas como neurologia e cardiologia serão os primeiros enquadrados na nova lei. Com a divulgação da lista, os pacientes vão selecionar os especialistas que melhor se adaptarem a suas exigências - sem perambular por consultórios até descobri-los. O Estado adotou o slogan do Memorial: "Nós tratamos da pessoa inteira, não só da doença".

CONCLUSÃO

O médico, como qualquer outro profissional, corre o risco de cometer erros durante sua atividade profissional. Como ele trabalha com o que temos de mais precioso – nossa vida, esse erro pode ser gravíssimo.

A classe médica vem sendo profundamente atingida atualmente, em razão daquele tipo de paciente que visa se beneficiar financeiramente às custas de seu médico e, muitas vezes, sem que tenha sequer consciência da extensão danosa do ato que está cometendo.

Os médicos devem se precaver contra estes incidentes, um amigo hoje pode se transformar em uma vítima num tribunal, sem que o médico sequer tenha culpa.

O médico trabalha com o risco constante: o de cometer um erro. Comentamos na presente monografia que o diagnóstico é, de certa forma, probabilístico, tendo em vista as circunstâncias da ocasião.

O profissional enfrenta diariamente novos casos e tem que tomar o cuidado para diagnosticar e tratar corretamente da doença, a fim de restabelecer a saúde do paciente.

Numa sociedade onde os indivíduos têm se tornado cada vez mais exigentes, a necessidade de combater o erro médico é iminente.

Os médicos têm que se precaver para não errar, sendo válido pedir uma segunda opinião a outro profissional. O que não pode acontecer é que vidas sejam perdidas por erro médico, um erro que poderia ser evitado.

Estudar o erro e ensinar a acertar, é essa a idéia central para alcançarmos a solução para o prescincível problema do erro médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, *Constituição da Republica Federal do Brasil*, 1988, editora Manole

_____, *Código Civil Brasileiro*, editora do Senado

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. *Erro médico: à luz da jurisprudência comentada*. Curitiba: Juruá Editora, 1999.

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

GORDON, Richard. *A assustadora história da medicina*. Rio de Janeiro : Ediouro, 1995.

KFOURI NETO, Miguel. *A responsabilidade civil do médico*. São Paulo :Revista dos Tribunais, 1998.

MORAES, Irany Novah. *Erro médico e a lei*. 3. ed. São Paulo : Editora Revista dos Tribunais, 1995.

ZAMPIERI JUNIOR, Sidney; MOREIRA, Alexandre. *Erro Médico*. JBM – Jornal Brasileiro de Medicina, São Paulo, v. 69, n.1, p. 116-120, jul. 1995.