

**A RELEVÂNCIA DO DIREITO À INFORMAÇÃO NA RELAÇÃO  
MÉDICO-PACIENTE E A CONSEQUENTE RESPONSABILIDADE  
CIVIL DO PROFISSIONAL**

*THE RELEVANCE OF THE RIGHT TO INFORMATION IN THE  
MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP AND THE CONSEQUENTIAL  
CIVIL RESPONSIBILITY OF THE PROFESSIONAL*

*Emmanuel GAZDA<sup>1</sup>*

*Jean Carlos dos Santos COELHO<sup>2</sup>*

*Matheus Mazzarotto de Castro VULCANIS<sup>3</sup>*

*Paulo Jose Panassolo HOFFMANN<sup>4</sup>*

*Robson Luiz SANTIAGO<sup>5</sup>*

**RESUMO**

A discussão que permeia o presente trabalho tem por base uma análise acerca da responsabilidade civil médica, quanto às incertezas inerentes à ciência médica frente a evolução dos quadros patológicos e respectivos tratamentos, em contraposição ao direito do paciente a se autodeterminar. Foram revisadas as proteções legais ao que padece, bem como as informações relevantes à sua decisão consciente e o papel do

---

<sup>1</sup> Mestre em administração estratégica pela PUCPR, com especializações na área da informação, graduado em direito pela FAE Centro Universitário, em engenharia elétrica pela UTFPR e administração de empresas pela UFPR. Contato: emlgazda@hotmail.com.

<sup>2</sup> Graduado em Direito pela FAE Centro Universitário. Contato: jean.coelho@mail.fae.edu.

<sup>3</sup> Graduado em Direito pela FAE Centro Universitário. Contato: m-mazzarotto@hotmail.com.

<sup>4</sup> Graduado em Direito pela FAE Centro Universitário. Contato: pph.trb@gmail.com.

<sup>5</sup> Graduado e Mestre em Direito Econômico e Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Professor de Direito Civil no Cursos de Direito da FAE - Centro Universitário. Contato: robson.santiago@fae.edu

médico na garantia da sua liberdade. Ao paciente importa conhecer as qualificações do profissional, as estruturas de atendimento, o diagnóstico, o possível prognóstico, os riscos envolvidos e as alternativas de tratamento. O médico tem o dever de informar para possibilitar uma decisão consciente e livre, respondendo por omissões culposas que lesem direitos do tomador de seus serviços. No intuito de se identificar empiricamente a responsabilização do médico, buscou-se junto aos tribunais nacionais decisões recentes, selecionando acórdãos do ano de 2019, relacionados especificamente a erros médicos. Seguiu-se com avaliação das informações em cada um dos 134 casos da amostra e compilação sintética, fazendo um cotejo entre a teoria da responsabilidade civil e os aspectos práticos dos referidos julgados. Concluiu-se pela efetiva significância da informação prestada pelos médicos nas avaliações dos tribunais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direito; Responsabilidade; Médico; Informação; Consentimento

#### **ABSTRACT**

The discussion that permeates the present work is based on an analysis of medical civil liability, regarding the uncertainties inherent in medical science in the face of the evolution of pathological conditions and respective treatments, in opposition to the patient's right to self-determination. The legal protections to which he suffered were revised, as well as the information relevant to his conscious decision and the role of the doctor in guaranteeing his freedom. It is important for the patient to know the professional's qualifications, the care structures, the diagnosis, the possible prognosis, the risks involved and the treatment alternatives. The physician has the duty to inform in order to make a conscious and free decision possible, responding for culpable omissions that undermine the rights of the borrower of his services. In order to empirically identify the physician's accountability, recent decisions were sought before the national courts, selecting judgments from the year 2019, specifically related to

medical errors. This was followed by an evaluation of the information in each of the 134 cases in the sample and a synthetic compilation, comparing the theory of civil liability and the practical aspects of those judged. It was concluded by the effective significance of the information provided by the doctors in the evaluations of the courts.

**KEYWORDS:** Law; Responsibility; Doctor; Information; Consent.

## **INTRODUÇÃO**

Cumprir com todas as responsabilidades atribuídas a um médico é tarefa hercúlea direcionada à preservação da vida e a minimização de riscos ao paciente. Não obstante a capacidade extraordinária desses profissionais, diante da amplitude da medicina e diversidade de reações do organismo humano, falhas podem ocorrer.

Segundo Fioravanti (2020), tem-se anualmente 1,3 milhões de vítimas de erros médicos no Brasil. A imprudência ou negligência do profissional deixa nestes pacientes pelo menos um efeito colateral. Deste contingente, estima-se que 55 mil acabem falecendo, ou seja, são seis vidas humanas perdidas a cada hora.

Alguns prejudicados demandam judicialmente. De acordo com relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2018), 83.728 processos por erro médico foram ajuizados até final de 2017. Em relação ao número de médicos ativos no Conselho Federal de Medicina neste ano, a saber 466.135, representa um processo a cada pouco mais de cinco profissionais. Em avaliação histórica da década que antecede estes números (2008 a 2017) identifica-se um crescimento de 130%. (CNJ, 2019)

Além de buscar o restabelecimento da saúde, o imperativo respeito ao direito do paciente de se autodeterminar torna o fardo ainda mais pesado. Em síntese, não basta zelar pelo bem estar daquele em atendimento. A proteção constitucional de inviolabilidade dos desígnios relativos ao próprio corpo, o modelo de comportamento

éticos do conselho profissional e o paciente como consumidor demandam do médico informar adequadamente e obter consentimento certo.

Para tomar uma decisão livre e consciente, faz-se imprescindível que as informações recebidas pelo paciente sejam acuradas, suficientes, inteligíveis e imparciais. Uma falha no dever de informar pode se manifestar de diversas formas e momentos do atendimento, levando a plúrimos resultados danosos.

O presente trabalho objetiva compreender a relevância da informação na proteção do paciente na relação jurídica com o médico e a consequente responsabilidade envolvida. Procura-se por uma resposta ao questionamento: qual a importância atual, no Brasil, do direito à informação na responsabilização médica em sua relação com o paciente?

Com este direcionamento, identifica-se as proteções legais quanto à informação e a responsabilidade do médico. Busca-se pelo conteúdo de impacto ao processo de decisão do paciente, construindo-se modelo teórico utilizado como referência para análise de emanações recentes dos tribunais.

## **1 PROTEÇÕES LEGAIS DO DIREITO À INFORMAÇÃO**

A proteção mais relevante é o conjunto de previsões do Código Civil concomitantemente com o Código de Defesa do Consumidor, ambos construídos a partir das bases principiológicas constitucionais. O profissional está ainda sujeito às constringências de conduta previstas pelo Código de Ética Médica e demais regulamentações do conselho profissional, incluindo-se exigências específicas de algumas especialidades.

## 2 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

O médico, ao exercer seu labor, concretiza atividade social (VENOSA, 2014), estando suscetível de causar prejuízo aos membros da sociedade, mesmo que seja a contragosto, gerando assim uma determinada responsabilidade pela ação ou omissão. A responsabilidade civil tem a finalidade de recompor ao status anterior, o dano experimentado, de forma moral e ou patrimonial. (GONÇALVES, 2020) Assim, sujeita-se o indivíduo a responder, arcando com as consequências e garantindo possíveis indenizações. (NADER, 2016) O dano é marcante na responsabilização, tal como na previsão do artigo 186 do Código Civil.

A responsabilidade civil pode ocorrer de forma extracontratual ou contratual. Enquanto naquela o agente agride um dever legal, nesta ele não cumpre o pactuado. (NADER, 2016) Para o presente estudo baseia-se nos ensinamentos de Venosa (2014, p. 154), segundo o qual, “inexiste diferença ontológica entre as duas modalidades de responsabilidade, contratual e extracontratual. Sob qualquer prisma, ocorrendo culpa, aflora o dever de indenizar.” A culpa, entendida em sentido lato sensu, surge como elemento da responsabilidade subjetiva e abarca tanto o dolo quanto a negligência e a imprudência, uma vez que tratando-se de profissional da medicina, por amparo na literatura médica, o generalista jamais atua em imperícia.

A responsabilidade médica é atribuída de forma subjetiva, ou seja, deve-se conjugar ação ou omissão voluntária, nexos de causalidade, dano e culpa para o dever de indenizar<sup>6</sup>, conforme estabelece o Código Civil. Diferentemente dos estabelecimentos de saúde, os quais estão sujeitos à responsabilidade objetiva,

---

<sup>6</sup> 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.

necessitando apenas da comprovação do nexo de causalidade entre a ação e o dano. (GONÇALVES 2020)

## 2.1 Código de Defesa do Consumidor

Criado pela Lei no 8.078/1990, por obrigatoriedade do art. 48 da ADCT/CRFB, o diploma legal consumerista acompanha a contemporaneidade das relações mercadológicas e abrange conteúdo de direito público e direito privado (TARTUCE, 2020), um misto das duas áreas. Situa-se como lei especial compatível com as relações de consumo existentes na pós modernidade jurídica. (TARTUCE, 2020)

Para além dos preceitos cedidos da constituição, tem-se reforçado dentro do Código de Defesa do Consumidor (CDC) alguns princípios basilares, com aplicação tanto autônoma quanto como integrante do sistema jurídico em que está inserido. (NUNES, 2019). Dentre eles, concentra-se este trabalho nos quesitos da responsabilização dos entes envolvidos com serviços de saúde e relevantes à troca de informações entre médico e paciente.

O princípio da proteção ao consumidor<sup>7</sup> estabelece um dos pilares de justificação da criação do CDC e sustenta a intervenção estatal no domínio econômico. (NUNES, 2019) Este engloba três pontos chave: inafastabilidade das regras do CDC por acordo entre as partes, a consolidação dos direitos difusos e

---

<sup>7</sup> Do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) tem-se no Art. 1º - O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias e Art. 2º- Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final

coletivos por legitimidade do Ministério Público nas ações relativas a consumo e o reconhecimento de ofício pelo juiz da lei mais protetiva. (TARTUCE, 2020)

A vulnerabilidade do consumidor<sup>8</sup> carrega o estigma de que todos eles estão em posição desfavorável, uma vez que os serviços a ele prestados são de alguém técnico em determinada área. (NUNES, 2019 e NEVES, 2011) Mesmo que o consumidor tenha formação no mesmo curso de graduação que o prestador, por terem seguido por especialidades diferentes, é considerado como vulnerável por não deter o mesmo conhecimento técnico. Pois, se o tivesse, não necessitaria dos serviços. Há presunção de vulnerabilidade técnica sobre o assunto tratado. (TARTUCE, 2020) Deve, portanto, o médico fornecer todas as informações necessárias para o livre consentimento do paciente.

Diferentemente, a hipossuficiência não é reconhecida em todo consumidor. Depende de fragilidade da condição socioeconômica do consumidor, conhecida como fática, ou relaciona-se às condições que o consumidor tem para produzir determinada prova, dita técnica. (LISBOA, 2001, apud TARTUCE, 2020) Havendo-se, portanto, que demonstrar a sua existência para que se receba a proteção.

A boa-fé objetiva frui como o coração do CDC. (TARTUCE, 2020) Revela-se na harmonia das preferências dos participantes da relação consumerista (NUNES, 2019). É neste sentido que ambas as partes devem se portar durante a relação clínica. O paciente obriga-se em fornecer todas as informações solicitadas pelo médico para que a análise do caso concreto seja o mais retilínea possível e o médico, dentro de seu conhecimento, fornecer ao paciente todas as informações coerentes e acessíveis

---

<sup>8</sup> Estabelecida como princípio no CDC pelo Art. 4º- A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;

para que juntos assumam qual o melhor tratamento a ser seguido. Ofende-se este princípio quando se oculta informações que poderiam dar outro rumo ao tratamento.

Neste mesmo patamar de importância, os princípios da transparência e do dever de confiança, de informação<sup>9</sup> têm atenção especial. Há o dever de informar e o direito de ser informado. Pois, quem oferece o seu serviço, o médico, tem o dever de informar sobre as etapas do tratamento e os pormenores que permeiam e possam interferir na decisão do paciente. Quem busca o serviço tem o direito de ser informado (NUNES, 2019). O profissional<sup>10</sup>, ao informar o paciente, tem a obrigatoriedade de comentar os riscos, qualidades, peculiaridades, e afins de todo o desenrolar do tratamento, abordar as informações que sejam pertinentes ao paciente de forma nítida e definida. (NUNES, 2019)

A isonomia<sup>11</sup> tem função equilibradora das relações entre fornecedor e consumidor. Este princípio, aliado com o da vulnerabilidade do consumidor quanto à técnica e a hipossuficiência probatória sustentam a inversão do ônus da prova<sup>12</sup> como forma de equilibrar a relação processual. O médico é responsável por provar que informou adequadamente o paciente de todas as medidas quanto ao tratamento.

Consolida-se ainda, no diploma consumerista, a responsabilização dos profissionais liberais, neste caso os médicos, como sendo subjetiva. Faz-se por necessária a comprovação da omissão, do nexos causal, do dano causado pela falta de informação e culpa por parte do médico. Retrata uma categoria *sui generis* de

---

<sup>9</sup> Este princípio fundamental surge no art. 4º, caput e 6º, inciso III, caput dos artigos 8º e 31 do CDC.

<sup>10</sup> Por definição do CDC, Art. 3º - Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços. § 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial. § 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista. (grifo nosso)

<sup>11</sup> Direito Fundamental previsto no Art. 5º, *caput* da Constituição Federal de 1988.

<sup>12</sup> Previsão legal do Art. 6º, inciso VIII, do Código de Defesa do Consumidor.

responsabilidade civil contratual, objetiva e com culpa provada, afastando-se da tradicional presunção relativa de culpa na relação contratual. Isto por que, ainda que consumerista, está calcada no elemento “confiança” (*bona fides*).

## 2.2 Código de Ética Médica

Dentro dos limites de suas atribuições, o Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece os princípios, direitos e deveres relacionados à profissão por meio do Código de Ética Médica, atual Resolução 2.217/2018.

Dentre as tradições mantidas pelo recente diploma encontra-se a consideração à autonomia do paciente. Entre os avanços, a obrigação da elaboração de um sumário de alta a ser entregue ao paciente mediante solicitação, primordial para a comunicação e orientação da continuidade do tratamento. Ainda, não menos importante, facilita-se o acesso ao prontuário, o qual passa a poder ser fornecido diretamente ao juiz, em caso de demanda, e não mais somente ao perito técnico.<sup>13</sup>

O diploma ético-médico privilegia sobremaneira a autonomia da vontade do paciente e o faz destacando-a nos “considerando” como orientação geral da relação<sup>14</sup>. No entanto, também prevê autonomia ao médico para indicar tratamento<sup>15</sup>, recusar-se a atuar em contrário senso da sua consciência, com prejuízo à sua eficiência e correção, limitado por instituições, em condições indignas, inadequadas, com acúmulo de encargos ou consultas além de sua capacidade e experiência profissional.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Principais questões levantadas na publicação “CFM apresenta o novo Código de Ética Médica que entra em vigor no dia 30 de abril” da Sociedade Brasileira de Pediatria.

<sup>14</sup> Atual Código de Ética Médica é instituído pela Resolução 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina.

<sup>15</sup> Conforme o Código de Ética Médica: “O médico tem direito a: II–Indicar o procedimento adequado ao paciente”

<sup>16</sup> Estipulações do Código de Ética Médica como Princípios VII, VIII, XVI e Direitos do Médico IV, V e VIII.

Junto da liberdade, o médico tem responsabilidade de se aprimorar continuamente e usar o melhor da ciência em benefício do paciente. Não somente atualizar-se, há obrigatoriedade em usar tudo o que há disponível para prevenção, diagnóstico e tratamento. Utilizar-se da terapêutica correta é uma obrigação, sendo a experimental aplicável somente com devidos cuidados, entre eles autorização das autoridades e esclarecimento do paciente quanto às possíveis consequências.<sup>17</sup>

Pelos seus atos, o médico responde pessoalmente, em razão da relação de confiança com o paciente. Ocorrendo dano, aplica-se a responsabilidade mediante culpa comprovada, não presumida. Responde por condutas imprudentes ou negligentes. Em uma tentativa de afastar a proteção ao consumidor, o Código de Ética Médica prevê princípio estabelecendo não se tratar de relação de consumo<sup>18</sup>. Com todo o respeito ao CFM, não cabe à resolução em questão estabelecer o conceito de consumidor, fornecedor e relação de consumo. Estas são prerrogativas da legislação ordinária de proteção ao consumidor, instituída sob a égide de previsão constitucional, não sendo outra a opinião de doutrinadores e jurisprudência acerca desse tema.<sup>19</sup>

O médico tem o dever de informar ao paciente sobre sua doença, diagnóstico, prognóstico, riscos, objetivos do tratamento, indicar somente atos necessários e sem exagerar na gravidade. Em casos de transplantes, os riscos devem ser muito claramente comunicados. Obriga-se, ainda, a conceder ao paciente laudo para continuação do tratamento, em caso de alta e acesso ao seu prontuário.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Conteúdo previsto no Princípio V, Art. 32 e Art. 102 do Código de Ética Médica

<sup>18</sup> Previsões do Código de Ética Médica nos Princípio XIX, XX e Art. 1º (*caput* e §1º)

<sup>19</sup> AgInt no AREsp 1127015/MG, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/10/2017, DJe 27/10/2017: “1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos serviços médicos, inclusive o prazo prescricional previsto no artigo 27 da Lei 8.078/1990”.

<sup>20</sup> Obrigações destacadas sobre o dever de informar contidas nos Arts. 13, 34, 14, 35, 86 e 88 do Código de Ética Médica.

A decisão do paciente deve ser livre, ausente de interesses pecuniários, políticos, religiosos ou outros do médico. Aproveitar-se para obter vantagem é inaceitável. Também não pode o profissional opor-se ao desejo do paciente a uma segunda opinião. Ainda, o paciente tem direito a não ser influenciado na sua decisão sobre método contraceptivo, havendo responsabilidade do médico quanto ao esclarecimento de cada um deles.<sup>21</sup>

O consentimento do paciente, após receber as devidas informações sobre o procedimento, é obrigatório. Ainda mais em caso de participação de pesquisa. Havendo igual necessidade de autorização na prática de medicina para docência.<sup>22</sup>

Sendo assim, resta evidenciada a responsabilidade do médico no dever de bem prestar seus serviços, com base no que se tenha de mais avançado da ciência, com liberdade ao paciente de se determinar, após se ter por devidamente esclarecido quanto ao diagnóstico, prognóstico e riscos envolvidos.

Faz-se exceção os casos em que o paciente esteja sob risco de vida, em atendimento emergencial. Sob tais condições, segundo o código de ética médica, assiste ao médico o direito e a obrigação de atuar no melhor do possível para salvar a vida do paciente.

### **3 INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O PACIENTE**

Nem toda informação é indispensável na relação entre médico e paciente. Aquelas desafetas à autodeterminação são irrelevantes. Não obstante, o universo do que precisa ser considerado pelo paciente ao fazer sua escolha é bastante amplo.

---

<sup>21</sup> O respeito à liberdade do paciente decidir, nos termos aqui expostos, tem previsão no Código de Ética Médica nos Arts. 24, 20, 40, 39 e 42.

<sup>22</sup> A exigência de consentimento do paciente é conteúdo dos Arts. 22, 101 e 110 do Código de Ética.

### 3.1 Informações sobre o profissional

Um médico não é simplesmente um prestador de serviços. Trata-se de um profissional que se diferencia por uma série de qualificadores individualizantes. A trajetória profissional envolve a instituição em que se graduou, o tempo e locais de atuação, licenciamento do órgão de classe, os cursos de reciclagem, atualização de procedimentos dentro da área e outros requisitos pertencente à competência individual<sup>23</sup> de atuação em determinada especialidade.

Seguindo padrões internacionais, o exercício legal da profissão médica exige observar regramentos específicos<sup>24</sup>. Sendo assim, há que se considerar dois aspectos distintos no que tange ao exercício da medicina: a aptidão profissional e a legal<sup>25</sup>. Institui-se uma relação de confiança entre médico e paciente<sup>26</sup>, determinante na escolha deste de continuar com o profissional médico ou optar uma segunda opinião. Em casos mais drásticos, pode-se optar pela substituição do profissional.

Segundo Nemetz (2014), o médico deve, ao iniciar um atendimento, seguir uma diretriz contendo rotinas de investigação contemplando toda a pesquisa semiológica, com exames físicos, laboratoriais e ou de imagem e detalhamento do histórico clínico. A complexidade da aplicação destes requisitos, para que auxiliem na descoberta da melhor investigação sobre a enfermidade e gerem a informação para a

---

<sup>23</sup> Nas palavras de Bruno Fernandes competência seria “Um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que um indivíduo mobiliza e aplica, de forma reiterada, dentro de um contexto profissional, agregando valor à organização e a si mesmo.” (FERNANDES, 2013)

<sup>24</sup> A Lei 3.268/1957 que organiza e dá forma de autarquia ao Conselho Federal e os Regionais de medicina no Brasil, em seu art. 17 prevê a necessidade registro do título perante o Conselho Regional que detenha a jurisdição da localidade em presta serviço o médico. A previsão se estende ao Código de Ética Médica no item III de seu Preâmbulo.

<sup>25</sup> França (2020) individualiza duas linhas entre o exercício legal da medicina, a primeira com relação ao currículo do médico obtido através de escola licenciada e aprovada para ensino da prática médica e outro a habilitação legal atribuído título e registro da pelos órgãos competentes.

<sup>26</sup> Na relação médico paciente, Bergstein (2013, não paginado) explicita a seguinte frase “O ato de confiar é, em verdade, da essência das relações humanas” dando o sentido esperado do paciente na relação com o médico.

escolha de tratamento pelo paciente, deixa visível a necessidade de uma boa formação acadêmica do profissional e sua equipe.

Neste sentido, o médico tem a possibilidade e obrigatoriedade de apresentar de forma clara todas as suas qualificações para o paciente, incluindo informações sobre tempo de atuação, e locais em que já atuou. Deve propiciar ao paciente conhecimento suficiente para construir a confiança que rege a relação médico-paciente, nos termos da relação consumerista.

O paciente, como contratante de uma prestação<sup>27</sup>, pode e deve receber informações sobre o profissional que o está atendendo. É necessário o acesso às informações pertinentes ao médico com o intuito de melhorar o plano de escolha do tratamento e para o paciente exercer sua autonomia e autodeterminação.

### 3.2 Informações sobre infraestrutura

Com possíveis impactos diretos sobre o tratamento, tem-se também a necessidade de conhecimento acerca das condições de trabalho a que o profissional está submetido. Questões como a qualidade dos equipamentos, limpeza do local de trabalho, tecnologia à disposição, localização, índices qualitativos e quantitativos de atendimento, intercorrências, entre outros, são fundamentais.

Para ilustrar a dimensão que este tema atinge, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em comunicado à imprensa<sup>28</sup>, traz revelação de que, em média, aproximadamente 11% das pessoas que passam por algum tipo de intervenção

---

<sup>27</sup> Para Kfoury Neto (2019), ao haver a remuneração devida pelo paciente ao médico, institui-se de forma contratual esta relação, independente se o pagamento é de forma direta ou indireta (mediante plano de saúde ou atendimento público).

<sup>28</sup> Dados divulgados pelo boletim *News Release* emitido em novembro de 2016.

médica acabam contraindo algum tipo de infecção hospitalar<sup>29</sup> nos países de média e baixa renda. Na África, o estudo aponta que aproximadamente 20% das parturientes contraem algum tipo de bactéria na incisão realizada no procedimento cesariano.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou no ano de 2017, o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Resistência Microbiana em Serviços de Saúde com o intuito de detectar, prevenir e controlar o alastramento de microrganismos em ambientes cirúrgicos.

No Estado do Paraná, em atendimento ao disposto pela ANVISA, foram instituídas as Resoluções nº 188/2017 e nº 299/2017 pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). No período de janeiro a junho de 2018, 411 hospitais registraram os dados referentes a Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Estado. Destes registros extrai-se que do total de 1.013.595 pacientes atendidos, houve 16.002 (1,58%) pacientes notificados com infecção, sendo que 1.797 (0,18%) vieram a óbito durante a ocorrência.<sup>30</sup>

Assim, a informação em relação às condições salubres dos possíveis locais de atendimento é acessíveis ao médico. Por estar inserido no meio da saúde, sabe, ou deveria saber, que infecções contraídas dentro dos ambientes clínicos, são de obrigatória notificação aos órgãos fiscalizadores dos entes hospitalares. Bem como que, os entes devem seguir regulamentos rígidos quanto à fiscalização, cuidados e treinamento qualificado de suas equipes para que tenham todo cuidado necessário quanto a limpeza e organização dos ambientes hospitalares.

É notório que o ambiente hospitalar é local frequentado por enfermos, os quais podem carregar microrganismos infectantes. Hospitais melhores qualificados são

---

<sup>29</sup> Infecção hospitalar é “um dos riscos da hospitalização, são complicações infecciosas de determinadas doenças ou condições que alteram o estado de equilíbrio entre os mecanismos de defesa anti-infecciosa do hospedeiro e sua microbiota normal.” (COUTO et al, 2017, p.9)

<sup>30</sup> Dados referentes ao período de janeiro a junho de 2018 divulgado no Boletim Informativo das notificações no Sistema Online de Notificação de Infecções Hospitalares (SONIH) da SESA/PR.

estruturados para atender casos mais complexos, com conseqüente maior risco trazido pelos pacientes. (COUTO et al, 2017) Cabe ao médico não omitir do paciente possíveis riscos advindos da contaminação do ambiente neste ou naquele nosocômio. Havendo possibilidade de escolha pelo paciente do local do procedimento, está o médico compelido a informar o risco de contrair uma infecção não advinda diretamente do procedimento médico, mas dos riscos do ambiente hospitalar.

Em que pese a responsabilização do hospital dar-se de forma objetiva e o médico não responder pelos danos do pós operatório advindos de infecção hospitalar, o profissional tem o dever de resguardar o paciente de eventual exposição demasiada a tal fator infecto contagioso. (KFOURI NETO, 2019) Cumpre-lhe ao menos informá-lo acerca desse risco, auxiliando na escolha do nosocômio onde se submeterá ao procedimento médico. Afinal, “ao zeloso profissional médico, sempre haverá a possibilidade de esquivar-se de eventual chavão de negligente quando informar das precárias condições de trabalho”. (FRANÇA, 2020, p. 263)

### 3.3 Informações sobre o diagnóstico

A omissão de informação a respeito do diagnóstico traduz-se em uma falta ética. (BERGSTEIN, 2012) Entretanto, justo se faz apontar a dificuldade inerente ao cumprimento deste dever, visto a complexidade envolta no diagnóstico. Segundo Moraes (2003), a tarefa deve ser analisada sob quatro possíveis abordagens.

O diagnóstico funcional realiza-se por meio de referências já conhecidas no histórico clínico do paciente. O diagnóstico sindrômico, baseia-se no relato clínico feito pelo paciente, conforme haja evoluções ou alterações em comparação ao quadro clínico inicial. O anatômico, provém de um exame físico e amparado com exames conexos. O diagnóstico etiológico busca determinar a origem da moléstia, sendo o mais complexo, visto que há muitas doenças e sintomas oficialmente catalogados, porém somente um terço das origens são conhecidas. (MORAES, 2003)

É classificado o erro de diagnóstico em evitável e inevitável. (SCHAEFER, 2020) Sendo aquele caracterizado como um erro, pois caso fossem tomadas as necessárias precauções, fosse realizado com a perícia e prudência necessária, poderia ser conjurado. Inevitáveis são erros de diagnóstico resultantes de limitações da medicina, tendo em vista a vasta quantidade de doenças desconhecidas ou ainda não catalogadas oficialmente, bem como as insuficiências tecnológicas ainda presentes. O erro inevitável, portanto, não será concebido como uma falta grave, e por isso não passível de punição.

Hodiernamente afirma-se que a falha de diagnóstico, de definição da patologia do paciente, de suas causas, não acarreta responsabilidade quando um profissional diligente também a cometeria nas mesmas condições e no estado em que se encontra a medicina no momento do diagnóstico. (KFOURI NETO, 2019)

Ante evolução tecnológica, que possibilita sustentar-se em exames de laboratório, é de se esperar maior rigidez na análise das ações de responsabilidade por erro de diagnóstico. No caso do tratamento ser inadequado à verdadeira doença, conseqüentemente ser o paciente submetido a um recurso terapêutico ineficaz, o qual intensificou a situação inicial, torna-se inescusável o erro ao verificar-se que era possível e viável a realização de exames, os quais não foram feitos, cuja dispensa levou a um diagnóstico precipitado e inconsistente. (GONÇALVES, 2010) Nesses casos, surge indispensável a solicitação e realização de exames complementares, bem como aplicação de uma técnica médica de qualidade na análise dos resultados obtidos, uma vez que serão utilizados para corroborar, descartar ou clarificar as teses ventiladas de início pelo profissional. (SZTAJN, 1997)

O erro de diagnóstico é capaz de oferecer problemas substanciais ao paciente que, ao ser aconselhado pelo profissional da medicina de maneira errônea, direciona-o a determinado tratamento que não se adapta à afecção ora manifestada. O diagnóstico tem tamanha importância que será à volta dele que se desenrola toda

atuação, tanto do médico quanto do paciente. Mister ressaltar que em muitos casos, o principal objeto contratual da relação médico-paciente é o próprio diagnóstico. (ZATZ, 2011)

A comunicação do diagnóstico também é delicada. Exige do médico grande habilidade de compreensão do estado do seu paciente. Realiza minuciosa análise estrutural completa, vez que determinadas informações a respeito de certas patologias e disfunções podem gerar repercussões significativas no paciente, inclusive refletir de forma negativa em relação ao tratamento a ser aventado<sup>31</sup>.

Não obstante, cumpre destacar alguns direitos do paciente na relação com o médico. O mais importante, sem dúvidas, é o direito à informação sobre seu real estado de saúde, bem como as formas de tratamento adequadas ao seu estado clínico. Na mesma seara, o paciente dispõe ainda do direito de acesso aos seus prontuários médicos. (CREMESP, 2001)

Assim sendo, é de suma importância que o paciente receba informações claras, objetivas e explícitas sobre as circunstâncias diagnósticas, sobre o próprio diagnóstico em si, quanto aos exames solicitados, quanto às ações de tratamento a serem realizadas, bem como seus eventuais riscos e benefícios, além da duração estimada para o término do tratamento.

Nos casos de necessário procedimento invasivo, mesmo que de diagnóstico, deve ser informado ao paciente sobre a necessidade ou não de anestesia, qual o tipo a ser utilizado, seus riscos e o aparato necessário para sua correta execução. Cabe ao médico, ainda, esclarecer possíveis efeitos colaterais, riscos duração do procedimento e eventuais repercussões indesejadas<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Considerações do Art. 34 do Código de Ética Médica.

<sup>32</sup> Orientações do CRM/SC por meio do Manual de Orientação Ética e Disciplinar.

Quando houver a solicitação de exames, é direito do paciente ter prévio conhecimento quanto aos exames a que será submetido, bem como a finalidade da solicitação e as alternativas de diagnóstico existente<sup>33</sup>.

Em suma, para fins de responsabilidade profissional, a transparência com que as informações são repassadas ao paciente são tão importantes quanto o diagnóstico em si.

### 3.4 Informações sobre o prognóstico

O prognóstico é o juízo prévio feito pelo médico amparado imperiosamente no diagnóstico realizado, bem como nas possibilidades terapêuticas, relativo à duração, eventual evolução e término da enfermidade ou quadro clínico. É a previsão médica de como a enfermidade ou paciente irá evoluir durante o tratamento, bem como as probabilidades de cura da doença. (KASPER, 2016)

É crucial a transparência ao informar ao paciente o prognóstico, bem como possíveis evoluções ante o quadro inicialmente revelado. Por óbvio, o prognóstico mais complicado é o irremediável, ou seja, do paciente acometido de uma enfermidade letal. Mesmo sob essa circunstância, é de extrema importância que se garanta ao paciente o direito à informação acerca do seu estado, propiciando-lhe decidir livremente sobre o próprio comportamento frente a tal situação. Incumbe ao médico apoiar-se na sua habilidade interpessoal para transmitir tal informação ao paciente, (BERGSTEIN, 2012) conceder liberdade para avaliar alternativas e deliberar sua preferência em como aproveitar o tempo que lhe resta em vida.

Ponto de imprescindível discussão é qual deve ser a conduta do médico diante da requisição de familiares do enfermo para que se abstenha de prestar determinada informação ao paciente. É necessário, de início, delimitar que o profissional somente estará autorizado a não prestar as informações, às quais o paciente tem o direito de

---

<sup>33</sup> Recomendações do CRM/SP em Guia da relação médico paciente - 2001.

ser informado, no caso em que o próprio paciente assim determine e tenha previamente indicado outra pessoa para recebê-las no seu lugar. (PEREIRA, 2004)

Contudo, há exceções. Conforme Ferraz (2009), o dever de informar encontra limitação no intitulado privilégio terapêutico: hipóteses em que o médico pode suprimir certas informações a partir do momento em que entenda que a transmissão da informação ao paciente pode colocá-lo em maior risco, ocasionando eventuais danos irreparáveis a sua saúde física ou psíquica. A exemplo tem-se o caso em que o paciente, ao receber a informação de um prognóstico fatal, idealiza a possibilidade de cometer suicídio ou entra em depressão, dificultando de maneira acentuada as possibilidades de tratamento ora delineadas.

### 3.5 Informações sobre os riscos

É fundamental que o médico comunique informações completas sobre os riscos a serem enfrentados pelo paciente. No entanto, o critério qualitativo das informações cedidas ao paciente envolve o grau de incerteza inerente a determinado procedimento médico combinado com o critério da relevância das informações a serem apresentadas. Neste sentido, como enfatiza Tropardi (2005 apud BERGSTEIN, 2012), o excesso de informações oferecidas ao doente pode ter um efeito rebote, não deixando este mais conscientizado da situação do que qualquer outro doente que não tenha recebido quaisquer informações sobre os riscos.

Quanto à extensão das informações sobre os riscos, deverá o médico prestar informações não apenas sobre os riscos genéricos de cada caso, ou seja, aqueles que sempre estarão presentes no procedimento a ser executado, mas as particularidades do doente quanto ao prosseguimento da intervenção médica.

Dessa forma, exames preliminares são imprescindíveis ao intuito de acautelar riscos específicos frente às características físicas apresentadas por cada paciente, tais como o ambiente de trabalho, questões cardiológicas, respiratórias e alérgicas

que possam majorar as chances de insucesso. Lembrando que, o risco não está presente apenas no prosseguimento da intervenção médica principal, mas também nos procedimentos preliminares a esta.

Destarte, após a realização de exames preliminares, contatados e informados ao paciente os riscos específicos do procedimento a ser executado, estando este com condições clínicas favoráveis ao procedimento, deverá o médico deixar ao livre-arbítrio do paciente a realização da intervenção. Quando o informe do alto grau de incerteza intrínseco a determinado procedimento médico é ocultado do paciente, remete-se à ideia de uma conseqüente responsabilização do profissional.

Entretanto, divergências surgem quanto à possibilidade de ausentar informações sobre riscos que, segundo as estatísticas, tenham uma ínfima probabilidade de se traduzir em um dano real (1% a 2% dos casos).

Tendo como justificativa a necessidade do médico preservar a saúde mental do paciente, não devendo assustá-lo com riscos que tem uma ínfima possibilidade de se concretizarem, defende-se que o paciente deverá ser informado somente sobre riscos com maior probabilidade de se tornarem um dano real. (RODRIGUES, 2001) No entanto, esta conduta resulta em problemas graves no dever de informar, restringe o médico a transmitir somente as informações que se enquadram em um determinado limite estatístico, usualmente, considerando apenas os riscos genéricos de determinado procedimento e não observando as características intrínsecas do doente.

Defende-se também que *“quanto mais perigosa a intervenção, tanto mais necessária a advertência do profissional, que responderá na medida em que calar ou atenuar os riscos do procedimento operatório ou do tratamento”*. (DIAS, 2012, p. 286) Nesse mesmo sentido, Kfoury Neto (2019) entende que a qualidade da informação se dá de acordo com o risco do tratamento, quanto maior mais rigoroso o dever de informar. Deve proporcionar ao paciente condições para prover um consentimento esclarecido.

Desta forma, ainda que seja um risco de baixo grau probabilístico, entende-se por sensato que o médico informe-o pormenorizadamente ao paciente, conscientizando-o de que subsiste a possibilidade deste se concretizar, tendo em conta não apenas os riscos genéricos mas também os específicos da intervenção.

### 3.6 Informações sobre as alternativas de tratamento

De acordo com o Código de Ética, toda a atenção do médico deve estar direcionada à saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, pautado nos princípios da boa-fé, confiança, lealdade e eticidade. (LISBOA, 2008 apud BERGSTEIN, 2012) Portanto, ainda que inclinado a determinado tratamento por interesses e critérios individuais, sendo-lhe permitido defender seu ponto de vista na escolha das alternativas existentes, quando notar uma recusa frente à opção que mais lhe agrada, o médico deverá dar preferência ao eleito pelo paciente em detrimento de sua premissa individual. (SZTAJN *et al*, 2020)

Aprofundando-se na relação médico-paciente, destaca-se a relevância do conhecimento técnico do médico e seu nível de especialidade frente à inexperiência do paciente para a seleção do tratamento a ser conduzido. Assim, salienta-se o dever de informar como tutela do princípio da autodeterminação. Ainda que o médico detenha o conhecimento técnico-específico sobre certo caso, deverá limitar-se a expor os benefícios e malefícios das alternativas de tratamento aplicáveis, considerando os critérios genéricos e específicos do caso em apreço, remetendo-os ao paciente, incumbindo a este o encargo de optar pelo que melhor se adegue à sua situação.

Em observância aos princípios regentes da relação com o paciente e em respeito à máxima de que o paciente tem o direito a se autodeterminar, o médico que por conta de um viés individual dê ênfase somente à sua opinião, optando por não esclarecer e fornecer informações sobre outros tratamentos possíveis, tendo estes

também o condão de solucionar a moléstia do paciente, retrata falta com dever de ética e boa-fé que se espera do profissional.<sup>34</sup>

Dessarte, é obrigação do médico não deixar que seu pensamento, que pode sobrepujar o benefício próprio em detrimento do paciente, influencie a escolha do tratamento a ser executado. Ainda que se trate de tema da especialização do médico, que o profissional possua maior experiência ou habilidade na execução de determinado procedimento, é imprescindível que este mantenha sua imparcialidade ao expor as alternativas de tratamento perante aquele que padece da moléstia, colocando os interesses deste acima dos próprios. (SZTAJN et al, 2020)

#### **4 O CONSENTIMENTO E A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO**

A despeito das práticas da antiguidade, cuja missão do médico de atuar em prol de uma cura se sobrepuja a tudo, hoje a informação tem papel forte e fundamental no processo decisório do paciente.<sup>35</sup>

Neste capítulo constrói-se como o atendimento médico se desenvolve no que se relaciona ao intenso fluxo de informações e, posteriormente, como estas informações são validadas em contraposição aos resultados alcançados.

---

<sup>34</sup> “A obtenção do consentimento do paciente após a informação médica resulta do seu direito de autodeterminação, ou seja, de tomar decisões relativas à sua vida, à sua saúde e à sua integridade físico-psíquica, recusando ou consentindo propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico. O paciente tem direito de opor-se a uma terapia, de optar por tratamento mais adequado ou menos rigoroso, de aceitar ou não uma intervenção cirúrgica, de mudar ou não de médico ou de hospital etc.”. (DINIZ, 2006, p.672-673)

<sup>35</sup> “A informação parte de um pressuposto inafastável: que o paciente possa, com liberdade, ausente qualquer coação, com absoluta consciência, receber todos os dados necessários e úteis, para exprimir seu consentimento em relação ao tratamento recomendado.” (KFOURI NETO, 2019, p. 258)

## 4.1 A construção do termo de consentimento

Os elementos de informação previamente abordados, sem a pretensão de exaustão, elucidam a complexidade do ambiente em estudo. Servem como base para a construção da consciência do paciente e tomada da decisão, resumido pelo diagrama na Figura 1 - Processo Decisório do Paciente.

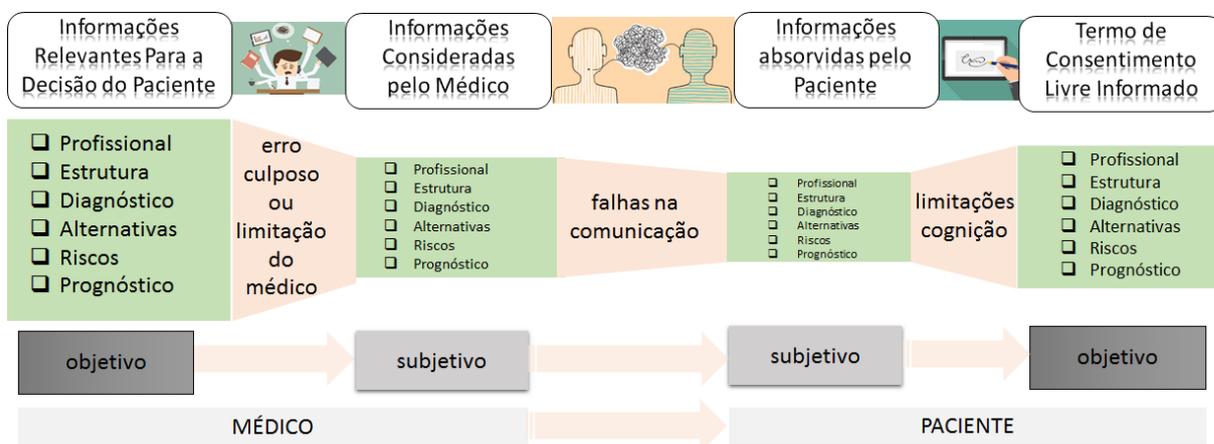


Figura 1 - Processo Decisório do Paciente - fonte própria

Na primeira coluna, a mais à esquerda, encontramos as informações relevantes para o paciente no tratamento em curso, objetivamente disponíveis e bastante amplos. O profissional, inevitavelmente, trabalha com um conjunto mais reduzido e atua somente com o que se indica no diagrama por informações consideradas pelo médico.

Nessa redução, há duas potenciais fontes de erro na lida com as informações. Aspectos relevantes, disponíveis, podem não ser considerados pelo médico por que agiu com imprudência ou negligência. A exclusão pode também ser fruto de limitações normais da pessoa do médico.

As consequências de cada um dos casos são diametralmente opostas. Por um lado, o médico responde quando age com culpa<sup>36</sup>, responde pelos danos causados como profissional liberal. Por outro, não sofre com tal peso quando nada podia fazer de diferente<sup>37</sup>. A identificação das sutilezas entre os dois casos costuma ser complexa. Ocorre que, a falha por limitação do profissional também é uma situação de erro, o qual se pode entender como escusável e isento de culpa.

Imerso no caso prático, o magistrado, em regra não médico, decide com o socorro de avaliação pericial, cujo conteúdo encontra-se sujeito a contaminações do espírito de corpo. (KFOURI NETO, 2019)

A doutrina também não é unânime. Divide-se entre os que são mais brandos com o profissional, os que buscam uma regra geral e aqueles que entendem ser o paciente o lado mais frágil suscetível de proteção. A exemplo aborda-se o caso de erro no diagnóstico. Os princípios sugeridos por Magalhães (1984 apud KFOURI NETO, 2019) responsabilizam o profissional somente se forem erros grosseiros. Gonçalves (1957, apud KFOURI NETO, 2019) recomenda ao magistrado perguntar-se como agiria um médico prudente nas mesmas condições. Se procederia da mesma forma, não haveria responsabilidade. Contra-argumenta Kfouri Neto (2019), segundo o qual dita regra não afasta a singularidade da decisão, pois o fato de que outros também agiriam em desfavor do paciente não confirma que seja o certo<sup>38</sup>. Para Pontes

---

<sup>36</sup> Previsão do art. 14, §4º do CDC.

<sup>37</sup> *“Na apreciação concreta da atuação profissional médica, devem os magistrados observar, detidamente, o contexto em que se desenvolveu a intervenção-condições gerais de hospital, meios colocados à disposição do médico, possibilidade de obtenção de exames complementares-, de molde a se estabelecer, com razoável grau de certeza, a conduta recomendável, naquelas circunstâncias, e o eventual desvio por imperícia, imprudência ou negligência atribuível ao médico. Sopesando-se as condições anteriores do paciente, a conduta médica e a consequência danosa, estabelecer-se-á a culpa.”* (KFOURI NETO, 2019, p. 395-396).

<sup>38</sup> *“É difícil definir o que seja um médico prudente. Há casos que requerem um médico audacioso, sem ser ignorante, nem imprudente. Não raro, a timidez, a hesitação, a prudência, revelam imperícia, contribuem para o agravamento do mal, constituem culpa”.* KFOURI NETO (2019, p. 106)

de Miranda os casos de justificada falta médica são bem restritos aos de culpa exclusiva da vítima em omitir informações<sup>39</sup>.

Profundas questões políticas e sociais encontram-se por detrás de uma maior ou menor proteção ao paciente. Há diferenças significativas entre sociedades e, ainda, alterações que ocorrem em um mesmo país ao longo do processo histórico. Pode-se inclusive observar ciclos em que a balança pende mais para um lado e vice-versa. Não há que se falar em evoluções ou involuções, visto que, são dois lados de uma mesma moeda.

Na avaliação de Kfourí Neto (2019), em regra a magistratura pátria tem sido bastante condescendente com médico no que se refere à imputação da culpa<sup>40</sup>. A compreensão da abordagem jurisprudencial atual é um dos fatores que se busca com a pesquisa empírica deste trabalho.

Seguindo o fluxo de informações, tem-se o processo de comunicação ao paciente. Neste caminho surgem questões novas. Em especial devido à grande discrepância de conhecimento usual entre as partes envolvidas, dificuldades em se utilizar uma linguagem comum e ruídos na comunicação. Frequentemente, tais problemas levam o paciente a um entendimento bastante diferente do médico.

Na situação ideal, o paciente encontra-se pronto para uma escolha livre de coação e esclarecida. O conjunto de elementos de informação absorvidos pelo paciente, em conjunto com suas demais experiências, levam-no por processo

---

<sup>39</sup> “O dever de indenização pelo médico só se pré-exclui se o lesado omitiu, dolosa ou negligentemente, o evitamento do dano, que ele poderia evitar, e a causa não era do conhecimento, ou não tinha de ser do conhecimento do médico”. (PONTES DE MIRANDA, 1972, p. 438)

<sup>40</sup> “No Brasil, para que o ressarcimento do dano oriundo da culpa médica se torne mais frequente, é mister que nossos juízes e tribunais amenizem as exigências para aferição da culpa e verificação do nexo de causalidade”. (KFOURI NETO, 2019, p. 107)

cognitivo próprio a tomar decisão de concordar ou não com a intervenção sugerida pelo médico.

Definido o tratamento, as condições envolvidas, todos os elementos de informação relevantes para ele, são positivados no usualmente já previamente formatado termo de consentimento informado. Trata-se do instrumento que, objetivamente traz segurança jurídica à relação do médico com o paciente e permitirá que o profissional atue com a liberdade da técnica sobre o corpo de outrem. No entanto, a despeito de sua vital importância, não se pode ignorar completamente que frequentemente há dissonâncias entre seu conteúdo e as informações subjetivamente disponível na estrutura cognitiva do paciente.

#### 4.2 A verificação da responsabilidade

Em regra, o médico responsabiliza-se em agir com diligência, cuidado e presteza para a cura do paciente. Assume, desta feita, um compromisso com a aplicação dos meios ao seu alcance para tanto. (AGUIAR JR, 1995) Portanto, falta sustentação em qualquer pretensão de considerar peso indenizatório sobre os profissionais em razão do sucesso ou não do que se desejava alcançar com a intervenção. Em especial sob a vertente do dever de informar, o sucesso ou insucesso da cura não é relevante, conforme se verifica na Figura 2 - Execução e responsabilização.

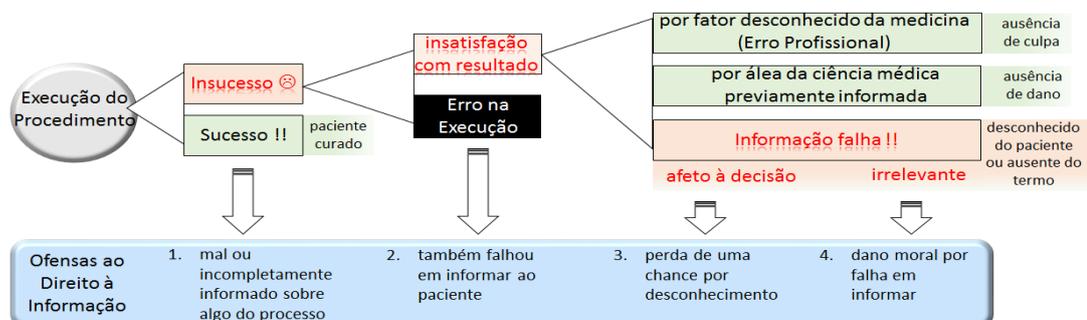


Figura 2 - Execução e responsabilização - fonte própria

A primeira situação em análise é aquela em que, realizado o procedimento, atinge-se sucesso nos resultados. Em primeira vista, não há dano ao paciente, cuja saúde fora satisfatoriamente recuperada. Incabível, portanto, qualquer pretensão do profissional ser chamado a responder por algo, face falta deste elemento fundamental da responsabilização. No entanto, sob o ponto de vista da abordagem deste trabalho, o direito à informação e a se autodeterminar, pode-se experimentar dano ao paciente. De maior relevância são situações em que o médico dera seguimento a procedimento diverso do acordado ou autorizado. Na figura, ofensa 1 ao direito à informação.

Em abordagem histórica do direito alienígena *common law*, Kfoury Neto (2019) propriamente apresenta casos norte-americanos de condenações pelo simples fato do médico desrespeitar o direito do paciente de se autodesignar. Em *Mohr v. Williams*, datado de 1905, utilizado por mais de século como referência sobre o tema, tem-se condenação de médico que, após verificar necessidade de operação em ouvido diverso do autorizado, procedeu com sucesso à intervenção não autorizada. O caso *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, refere-se a sentença prolatada em 1914 condenando médico que extraíra, com vedação expressa da paciente para que o fizesse, tumor posteriormente identificado como fibroma, durante procedimento autorizado de coleta de amostra para diagnóstico realizado em paciente com reclames de dores abdominais. Destaca ainda o autor o primeiro grande marco do consentimento, o reconhecimento de sua indispensabilidade, ocorrido após a segunda grande guerra. Fruto da repulsa aos experimentos com seres humanos, a comunidade internacional atribui ao termo de consentimento um significado de proteção do indivíduo contra as intervenções Alemãs indevidas durante a guerra.

Na doutrina pátria, a obrigatoriedade de indenizar violação ao direito à informação independentemente de dano advindo do procedimento médico em si faz parte das conclusões da tese de doutorado do Professor Bergstein na USP<sup>41</sup>.

Diferentemente do sucesso, da cura, a intervenção médica pode resultar em insucesso. Uma das primeiras situações identificadas é a ocorrência de erro na execução. Gera-se, como consequência, responsabilidade do profissional. Para além desta, persiste a possibilidade da concomitante violação do dever de informar.

Nas situações de insatisfação, excluindo-se erro na execução, há possibilidade da causa ser completamente desconhecida da ciência médica. Sendo totalmente imprevisível, seria por demais imputar responsabilidade ao profissional. Como visto, sua responsabilidade é de meio e agiu em conformidade com os meios disponíveis na ciência médica.

No entanto, ocorrendo insatisfação por fator conhecido da medicina, tem-se duas situações possíveis. Na primeira delas, o resultado alcançado fora previamente devidamente esclarecido ao paciente e este tinha consciência da sua possibilidade. Neste caso, em um ambiente honesto e transparente, não há demanda. Na casuística da realidade dos fatos, cabe ao magistrado concluir pela não responsabilização do profissional que agiu cumprindo com suas obrigações de informar.

O último dos possíveis resultados da intervenção médica traz os maiores potenciais de dúvidas quanto à identificação da realidade fática. Trata-se de uma insatisfação que surpreendeu o paciente. Nos esclarecimentos prévios prestados pelo médico, não se cogitara a possibilidade do resultado desgostoso a que se chegou. E

---

<sup>41</sup> “Enfim, investigou-se a questão fulcral quanto à natureza do dever de informar na relação médico-paciente, concluindo ser ele autônomo, capaz de gerar responsabilização do médico independentemente de haver ou não dano decorrente da prestação relacionada ao cuidado de saúde - tradicionalmente entendida como ‘principal’ no âmbito desta relação.” (BERGSTEIN, 2012, p. 254)

ainda, verifica-se em análise *post factum* a existência de previsibilidade, ainda que remota, do fato.

Kfoury Neto (2019) traz dois casos paradigma do direito alienígena que serviram como referência para o que ficou conhecido como o segundo marco do consentimento. No primeiro deles, *Canterbury v. Spence*, de 1972, uma cirurgia de hérnia de disco em um garoto resultou em paralisia de metade do corpo. Absolvido de qualquer falha no procedimento, o médico foi condenado por não informar o paciente a respeito deste risco e violar seu direito de autodeterminação.

No outro, *Sidaway v. Governors of Bethlem Royal Hospital*, sentença de 1985, utilizou-se de avaliação de junta médica para determinar se consideraram necessário e mesmo adequado que o cirurgião neurológico tivesse abordado nas consultas que antecederam o procedimento, risco de 1 a 2% de paralisia facial. Os colegas de profissão concluíram que o médico, em razão de seu amplo conhecimento e especialização na área, estava em melhores condições para decidir o que seria melhor para o paciente e avaliar o baixo grau de risco envolvido. Consideraram, ainda, impossível abordar-se detalhes técnicos a respeito de todos os riscos sem sobrecarregar e aguçar medos descabíveis no paciente. Galán Cortês (2001 apud KFOURI NETO, 2019) apresenta severas críticas em razão de considerar inadmissível tal visão paternalista, incabível que alguém se acoberte da busca dos melhores interesses de outrem para justificar uma violação ao seu direito de se autodeterminar.

Frente à surpresa do resultado indesejado a que se chegou, identificam-se dois possíveis danos a depender dos efeitos da falha no informar. Se, em uma avaliação do homem médio, com o conhecimento da novidade, a decisão sobre o tratamento fosse divergente da tomada, cabe demanda por indenização dos danos materiais (com aplicação da teoria da perda de uma chance) e danos morais (pela ofensa ao direito à informação), na figura representado pela ofensa 3. No caso de um suposto homem médio decidir-se pelo mesmo tratamento aplicado, estando de posse

da informação faltante, tem-se ofensa somente ao direito à informação e consequente dano moral, na figura a ofensa 4 ao direito à informação.

Completa-se, assim, uma formulação da responsabilidade e excludentes que recaem sobre o médico na lida com o dever de informar e garantir a livre e consciente autodeterminação do paciente.

## **5 METODOLOGIA UTILIZADA NA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

As investigações empíricas deste trabalho seguiram por meio da busca de lides relacionadas ao tema nos tribunais do país. Selecionou-se, com auxílio da ferramenta “RT Online”, decisões em 2019 contendo “erro médico” e as palavras-chave “autodeterminação”, “direito à informação” e “termo de consentimento”.

Desta feita, a presente pesquisa desenvolve-se pelo método qualitativo, na modalidade de pesquisa documental. O tipo de estudo sobre os documentos levantados enquadra-se naquilo que se denomina estudo de casos, em face da diversidade numérica e rasa imersão nas narrativas e demais artefatos dos casos analisados.

Para a busca inicial, segue-se Sampieri (2013): escolha de contexto em que se espera encontrar casos que interessem.<sup>42</sup> Modelo de amostragem teórica ou conceitual, esclarecida pelo autor como escolhida em razão de possuírem atributos contributivos da construção da teoria em desenvolvimento.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> “As primeiras ações para escolher a amostra acontecem a partir da própria formulação e quando selecionamos o contexto, onde esperamos encontrar os casos que nos interessam.” (SAMPIERI et al., 2013, p.403)

<sup>43</sup> “[...] quando o pesquisador precisa entender um conceito ou teoria pode criar amostras de casos que o ajudem nessa compreensão. Ou seja, as unidades são escolhidas porque possuem um ou vários atributos que contribuem para o desenvolvimento da teoria.” (SAMPIERI et al, 2013, p. 408)

A definição do filtro da busca deu-se na sequência com a fixação terminológica e temporal. Buscou-se um tamanho de amostra que permitisse identificar uma quantidade de casos suficientes em cada situação de ofensa ao direito à informação, compondo amostra com tamanhos recomendados por Roberto Sampieri (2013) para estudos de caso, mínimos na faixa entre e seis a dez.

O modelo teórico do fluxo de informações no atendimento médico e consequente responsabilização do profissional serviu de base para avaliar o enquadramento dos casos encontrados na teoria revisada neste trabalho.

## **6 ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS**

Após exclusão dos casos fora do escopo de análise deste trabalho chegou-se a uma amostra total com 134 acórdãos oriundos dos tribunais de seis estados (MG, PR, RJ, RS, SC e SP), sendo somente deste último em número (76 casos) significativamente superior aos demais.

Avaliação geral mostrou ausência de tendência das decisões em direção aos médicos (53% dos casos) ou aos pacientes (47%). Em regra, o equilíbrio foi espelhado nos tribunais isoladamente. Excetuam-se o do RJ, onde constatou-se um número maior de decisões em benefício dos pacientes (70% dos 10 caso) e o de SC com número maior de decisões a favor dos médicos (67% dos 12 casos).

As informações prestadas pelo médico foram enquadradas como boa, média e ruim. Em 88,7% das decisões favoráveis aos médicos as informações prestadas foram de boa qualidade. E, ainda, em 85,7% dos casos com ganho pelo paciente, as informações eram ruins ou genéricas demais. Constatando-se, significativo peso das informações prestada ao paciente no resultado das lides.

A qualidade dos termos de consentimentos foi classificada em boa, média (genéricos) e ruim (inexistente ou similar). Percebe-se nitidamente na amostra que a

qualidade dos consentimentos foi majoritariamente boas (76% dos casos) nos casos com decisão favorável ao médico. Na mesma linha, em 68% das decisões favoráveis aos pacientes a aprovação formal era ruim ou genérica. Revelando a importância de uma documentação adequada da vontade do paciente.

Na totalidade das condenações dos médicos verifica-se a concomitante indenização por danos morais. Incluindo-se valores relativos a danos estéticos, os montantes variaram de R\$ 10.000,00 a R\$ 40.000,00.

As demandas foram classificadas em razão do serviço prestado. Constatou-se nos pronto-atendimentos uma tendência a resultados positivos aos médicos (7 dos 8 casos), principalmente por ausência denexo, atuação correta e não responsabilização de erro no diagnóstico.

Situação semelhante foi observada em cirurgias gerais (60% dos 60 casos), por se tratar principalmente de risco do procedimento e, acima de tudo, o uso de termo de consentimento em conjunto com boas informações prestadas. E, ainda, nos casos relacionados a planejamento familiar (10 dos 16 casos favoráveis ao médico), constata-se bons termos de consentimento e informações prestada, além de um entendimento de que seja do conhecimento geral a falibilidades dos métodos contraceptivos.

Em sentido oposto, *prima facie* em razão da obrigação de resultado, tem-se um maior número de sentenças em favor do paciente nos casos de procedimento estético (30 dos 48 casos). Por um lado, percebe-se nitidamente que os casos em que o médico obteve decisão favorável referem-se massivamente a situações de reações adversas do organismo dos pacientes em que se atentou a corretamente informá-lo dos riscos e colher consentimento. A exemplo, cita-se a formação de quelóide, verificada em várias demandas, especialmente nos tratamentos estéticos. O resultado é entendido como uma hipereação da pele no processo de cicatrização que nada tem de relação com o procedimento cirúrgico. Por outro lado, nos casos de condenação,

mesmo tratando-se de risco do procedimento, identifica-se falhas em informar. Em regras, nas condenações relacionadas aos procedimentos estéticos tem-se informações prestadas de forma incompleta e termos de consentimento falhos ou genéricos.

Em aproximadamente metade (34 dos 63) casos de condenação do médico houve reconhecimento de efetivo erro no procedimento. Entretanto, na outra metade, a condenação ocorreu por conta de falha no dever de informar, destacando a importância do direito à informação e à autodeterminação para os tribunais. Em 42,9% dos casos em que o paciente obteve êxito na sua demanda, o tribunal entendeu que este sofreu lesão no seu direito de se autodeterminar, por não ser informado de algo. Seja a informação decisiva para a tomada de decisão (ofensa 3 no modelo teórico construído neste trabalho) ou não (ofensa 4).

Deparou-se na amostra com dois casos de violação ao direito à informação em que fora realizado procedimento não autorizado (identificado como ofensa 1 no modelo). O primeiro deles (ApCiv 1009600-66.2016.8.26.0002/TJSP) refere-se a procedimento de redução dos pequenos lábios vaginais em que o réu fora condenado por retirar em adicional o capô do clitóris sem o devido consentimento prévio. No segundo caso (ApCiv 0182165-60.2010.8.26.0100/TJSP) o cirurgião foi condenado por promover histerectomia (extração dos ovários e útero da autora) sem autorização, sob pretexto de afastar a possibilidade de desenvolvimento de câncer nesses órgãos, enquanto a autora acreditava estar sendo submetida a cirurgia para solução de problema circunscrito à incontinência urinária que a acometia.

## **CONCLUSÕES**

Constata-se que a proteção ao direito do paciente ser adequadamente informado e se autodeterminar é considerada pelos Tribunais com peso superior ao

originalmente esperado pelos autores. O sentimento, comum entre os profissionais do direito, de que o médico conta com a condolência dos julgadores e de que sua condenação é rara não se aplica aos casos em que o dever de informar é considerado na demanda.

As proteções específicas ao direito à informação parecem equilibrar a balança da relação, comumente vista como desigual. Acredita-se isto explique a divisão quase equânime no resultado geral das demandas na amostra analisada. Fica mais evidente quando se observa, de um lado, a eleva incidência de reconhecimentos ao paciente quando foi mal informado e, de outro, uma refuta em condenar o médico quando comunica-se adequadamente com o paciente e toma os devidos cuidados documentais.

Embora de proporções bem reduzidas, os casos em que os autos demonstram ausência de comprovação por parte do médico de que cumpriu com seus deveres de informar e ainda assim não fora condenado, chamam a atenção. Cabendo, portanto, expressar o percebido pelos autores ao analisar a amostra. Identificou-se, em regra, situações em que os julgadores entendem que não seria possível o paciente estar desinformado e outras em que há ausência denexo causal. Apesar do desconforto inicial com estas interpretações dos julgadores, verificou-se com satisfação que tais situações, ausência de nexoe ausência de dano, encontram-se presentes no modelo teórico de responsabilidade construído neste trabalho e em sintonia com o verificado na prática, são situações efetivas de não responsabilização.

Em síntese os resultados obtidos com a avaliação dos casos na amostra foram de relevante valia para o entendimento do posicionamento atual dos tribunais com respeito ao direito à informação, serviu como validação do modelo teórico e atingiu-se a grata comprovação da relevância com que se considera a autodeterminação daquele que se encontra com sua saúde debilitada.

## REFERÊNCIAS

### Livros

DIAS, José de Aguiar. **Da Responsabilidade Civil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do Biodireito**. 3ª Edição, São Paulo: Ed. Saraiva, 2006.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. **Responsabilidade civil da atividade médica no código de defesa do consumidor**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 10ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

MIRANDA, Pontes. **Tratado de Direito Privado LIII**. 3. ed. reimpressão. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1972.

MORAES, Irany Novah. **Erro médico e a justiça**. 5. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

NEVES, José Roberto de Castro. **Dicionário de princípios jurídicos** / Ricardo Lobo Torres, Eduardo Takemi Kataoka, Flavio Galdino, organizadores; Silvia Faber Torres, supervisora. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico paciente -Estudos de Direito Civil**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

RODRIGUES, João Vaz. **Consentimento Informado Para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português**. Coimbra: Editora Coimbra. 2001.

SCHAEFER, Fernanda. **Responsabilidade civil médico & erro de diagnóstico**. 1. ed. (ano 2002), 9 reimp. Curitiba: Juruá, 2010.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Responsabilidade Civil** – Vol. 4, 14ª ed. - São Paulo: Atlas, 2014.

ZATZ, Mayana. **Genética - escolhas que nossos avós não faziam**. São Paulo: Globo, 2011.

#### **Livro Digital**

BERGSTEIN, Gilberto. **A informação na relação médico-paciente**. São Paulo. Saraiva 2013. Não paginado. Arquivo Kindle.

COUTO, Camargos, R., PEDROSA, Grillo, T. M., CUNHA, Araújo, A. F., AMARAL, Débora. **Infecção Hospitalar e Outras Complicações Não-infecciosas da Doença - Epidemiologia, Controle e Tratamento**, 4ª edição. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2017. 978-85-277-1967-4. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-1967-4/>. Acesso em: 01/05/2020.

FERNANDES, B. **Gestão Estratégica de Pessoas**. Rio de Janeiro; Eselvior Editora Ltda, 2013. 9788595154315. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595154315/>. Acesso em: 28/04/2020.

FRANÇA, Veloso, G. **Direito Médico**. Rio de Janeiro; Forense, 2020. 9788530988937. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530988937/>. Acesso em: 28/04/2020.

GONÇALVES, Roberto, C. **Direito civil brasileiro v 4 - responsabilidade civil**. 15ª ed. São Paulo; Saraiva Educação, 2020. 9788553615957. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553615957/>. Acesso em: 16/05/2020.

KASPER, Dennis. **Medicina Interna de Harrison**. 19ª Ed. Disponível em: <http://paginas.grupoa.com.br/harrison19ed/Grupo-A-%20Capitulo%20Degustacao-Harrison-2016.pdf>. Acessado em 16/05/2020.

NADER, Paulo. **Curso de Direito Civil - Vol. 7 - Responsabilidade Civil**, 6ª edição. Rio de Janeiro; Forense, 2016. 9788530968724. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530968724/>. Acesso em: 16/05/2020.

NEMETZ, Luiz Carlos. **Manual de Medicina Defensiva: Os Dez Mandamentos para Evitar Acusações de Má Prática Médica; Como Agir Diante de uma Acusação**. Blumenau. TopGesto Editora. 2014. Não paginado. Arquivo Kindle.

NUNES, Rizzato. **Curso de Direito do Consumidor**. São Paulo; Saraiva Educação, 2019. 9788553607532. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553607532/>. Acesso em: 06/05/2020.

SAMPIERI, H., Roberto, COLLADO, Fernández, C., LUCIO, B., Pilar, M. D.

**Metodologia de Pesquisa**. São Paulo; McGrawHill, 2013. 9788565848367.

Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788565848367/>. Acesso em: 07/05/2020.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito do Consumidor - Direito Material e Processual - Vol. Único**. Rio de Janeiro; Forense; São Paulo: MÉTODO, 2020. 9788530989712. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530989712/>. Acesso em: 16/05/2020.

### **Legislação**

BRASIL, ANVISA. **Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde**. Brasília, DF. 15 Mai 2017. Disponível em:

[https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.ccih.med.br/wp-content/uploads/2017/11/Plano-Nacional-para-a-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-o-Controle-da-Resist%C3%A2ncia-Microbiana-nos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde.pdf&hl=pt\\_BR](https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.ccih.med.br/wp-content/uploads/2017/11/Plano-Nacional-para-a-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-o-Controle-da-Resist%C3%A2ncia-Microbiana-nos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde.pdf&hl=pt_BR) acessado em 30/04/2020.

BRASIL, Lei nº 10.406, de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil. Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 Jan 2002. Disponível em

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm). Acessado em 04/05/2020.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. DF: 05 out 1988. Disponível em

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acessado em 04/05/2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica. Diário Oficial da União**. Brasília, 27 set 2018. Disponível em

<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 27/04/2020.

BRASIL. Lei nº 3.268/1957. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF: 30 set 1957.

Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm). Acessado em 27/04/2020.

BRASIL. **Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm). Acessado em 04/05/2020.

PARANÁ. Resolução SESA 188/2017. **Diário Oficial do Estado do Paraná.** Curitiba. 10 Mar 2017. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---\\_Resolucoes2017/188\\_17.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2017/188_17.pdf) acessado em 23/04/2020.

PARANÁ. Resolução SESA 299/2017. **Diário Oficial do Estado do Paraná.** Curitiba. 17 Mai 2017. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/REsolucao299\\_17PlanoEstadualIRAS](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/REsolucao299_17PlanoEstadualIRAS) acessado em 23/04/2020.

### **Publicações Digitais**

AGUIAR JR, Ruy Rosado. Responsabilidade Civil do Médico. **Revista dos Tribunais**. vol. 718. p. 33-53. Ago/1995. Disponível em: <https://www.revistadostribunais.com.br/maf/app/resultList/document?&src=rl&srguid=i0ad82d9b00000172015321e8b1a859ee&docguid=lc17bb990f25411dfab6f010000000000&hitguid=lc17bb990f25411dfab6f010000000000&spos=12&epos=12&td=23&context=13&crumb-action=append&crumb-label=Documento&isDocFG=false&isFromMultiSumm=&startChunk=1&endChunk=1>. Acessado em: 09/05/2020.

BERGSTEIN, Gilberto. **Os Limites do Dever de Informação na Relação Médico-Paciente e sua Prova.** Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/pt-br.php>. Acessado em 16/05/2020.

BRASIL. CNJ. **Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos.** Edição digital. Publicado em: 18/03/2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciais-relativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/>. Acessado em: 22/04/2020.

BRASIL. CNJ. **Justiça em Números 2018: ano-base 2017.** Brasília: CNJ, 2018. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/programas-e-aco/es/pj-justica-em-numeros>. Acessado: 10/05/2020.

BRASIL. CNJ. **Relatório Analítico Propositivo - Justiça Pesquisa - Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp->

content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf. Acessado em 10/05/2020.

FIORAVANTI, Carlos. Um Diagnóstico do Erro Médico – estudos recentes dimensionam as falhas das equipes de hospitais e mostram como superá-las. **Revista PESQUISA FAPESP**, no 287, jan/2020, p. 58. Disponível digitalmente em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2020/01/02/folheie-a-edicao-de-janeiro-de-2020/>. Acessado em: 22/04/2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Informativo Avaliação dos Indicadores Estaduais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, Resistência Microbiana e Consumo de Antimicrobianos no Paraná, notificados no Sistema Online de Notificação de Infecções Hospitalares (SONIH) de janeiro a junho de 2018**. 12 Dez 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/BOLETIMSONIH\\_JAN\\_JUL\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/BOLETIMSONIH_JAN_JUL_2018.pdf). Acessado em 23/04/2020.

SÃO PAULO. CREMESP. **Guia da Relação Médico-Paciente**. 2001. Disponível em [https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=11](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=11). Acessado em 16/05/2020.

SÃO PAULO. CREMESP. **Guia da Relação Médico-Paciente**. 2001. Disponível em [https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=13](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=13). Acessado em 16/05/2020.

SANTA CATARINA. CREMESC. **Manual de Orientação Ética e Disciplinar**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/regional/crmsc/manual/parte3e.htm>. Acessado em 16/05/2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **CFM apresenta o novo Código de Ética Médica que entra em vigor no dia 30 de abril**. Publicado em 24/04/2019 às 10:51h. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/cfm-apresenta-o-novo-codigo-de-etica-medica-que-entra-em-vigor-no-dia-30-de-abril/>. Acessado em: 30/04/2020.

SZTAJN, Rachel e MARCHI, Maria matilde. **Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. Tese para concurso público de provimento ao cargo de Professor Titular do Departamento de Direito Civil da FADUSP**. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/322/390](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/322/390). Acessado em 10/05/2020.

# REVISTA DIREITO --- FAE

SZTAJN, Rachel. A responsabilidade civil do médico: visão bioética. **Revista de direito mercantil, industrial, econômico e financeiro**, São Paulo, v. 36, n. 108, p. 7-15, 1997. Disponível em <https://repositorio.usp.br/item/000986240>. Acessado em 16/05/2020.

World Health Organization. **WHO recommends 29 ways to stop surgical infections and avoid superbugs**. Geneva. 3 November 2016. Disponível em <https://www.who.int/news-room/detail/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs> acessado em 29/04/2020.