



Erro de diagnóstico e de terapêutica: a importância da relação médico-paciente

Rosilma Menezes Roldan¹
Milton Marcelo Hahn
Marcelo Lamy

RESUMO: Este trabalho tem como escopo contribuir para uma visão mais ampla sobre os problemas recorrentes que dizem respeito ao erro de diagnóstico e de terapêutica, consequentes dos chamados erros médicos, que podem levar a danos irreparáveis ao paciente e até a sua morte. A relação médico-paciente, dada sua relevância para a prevenção e a diminuição do erro médico e de diagnóstico, exigiu pesquisa específica. Pesquisaram-se a legislação nacional, os pactos e tratados internacionais sobre o tema. Foi colacionada jurisprudência referente a erro médico e danos físicos e morais decorrentes.

Palavras-chave: erro médico; erro de terapêutica; erro de diagnóstico; relação médico-paciente.

Introdução.

O erro médico é uma das ocorrências que, causando danos que a ele estejam ligados, causalmente, enseja responsabilidade civil e criminal do agente, com direito a indenização e reparação do dano à vítima. No entanto, não é tão simples identificar o erro médico, que pode levar ao erro de diagnóstico e de tratamento, com desfechos e prognósticos inesperados. Ainda que culposos ou escusáveis, o erro médico pode causar danos irreversíveis e até a morte do paciente. O Brasil mantém uma publicação destinada aos profissionais da saúde para esclarecer, divulgar, orientar, com o objetivo de controlar e diminuir, o máximo possível, os erros médicos. Nesse sentido, há, também, no País, vasta legislação e jurisprudência, que caminham na direção de minimizar os danos causados pelo erro médico, assim como preveni-los, também pactos e tratados internacionais que garantem o direito à saúde e a responsabilização civil pelo erro médico. A relação médico-paciente mostra-se de relevante importância para minimizarem-se os erros de diagnóstico e de terapêutica. O objetivo dessa pesquisa é o de investigar legislação e jurisprudência, firmar conceitos, para prevenir e diminuir a incidência do erro médico e suas consequências danosas e fatais.

¹ Universidade Santa Cecília. E-mail: rosilmaroldan@gmail.com. Instituição financiadora: CAPES (autora principal)



Metodologia.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, com consulta a autores especializados no tema e a legislação nacional e internacional (pactos e tratados), como a jurisprudência nacional, para fundamentar os referenciais bibliográficos sobre a matéria.

Resultados e discussão

O erro médico “é a falha, no exercício da profissão, com resultado diverso do pretendido, decorrente de ação ou omissão do médico, ou dos demais profissionais de sua equipe” (1). Schaefer (2012) completa que o erro médico pode se configurar como erro culposo, quando o profissional da saúde dá causa ao resultado danoso por imprudência, negligência ou imperícia, e erro doloso, quando quer o resultado danoso, ou assume o risco de produzi-lo. O erro grosseiro é um tipo de erro médico que enseja a responsabilização do profissional, por ser uma conduta que fere os mais elementares conhecimentos da matéria, aferível pelo homem comum, e condenável sob a forma da negligência, em sua forma mais exacerbada (1). Destaca a autora:

É a forma inadvertida, imprecisa e incapacitante de quem, por falta de mínimas condições profissionais, se permite o erro desavisado, como, por exemplo, o anestesista que provoca a morte do paciente por superdosagem; o cirurgião, que esteriliza parcialmente o doente, por secção do canal deferente, em cirurgia de hérnia inguinal; o ginecologista, que contamina o paciente por falta de cuidados de assepsia (1).

O erro mais grotesco, em toda a bibliografia estudada, foi o do médico, no fim do século XIX, que, ao operar um doente, deixou cair seu pince-nez na cavidade peritoneal e, como sem ele não enxergava, não o conseguiu encontrar. Infelizmente, diz a autora, os óculos foram encontrados durante a autópsia, no dia seguinte (1). O erro de diagnóstico pode ser escusável, dependendo do estado atual da ciência médica, não induzindo à responsabilização, mas, em se tratando de erro grosseiro ou manifesto, não se permite o afastamento da responsabilização, principalmente em face de diagnóstico leviano ou claramente inexato, em face dos sintomas positivamente contrários aos apresentados pela moléstia. São exemplos desse tipo de erro médico: tratar como fratura uma ferida causada por estilhaço, na perna do paciente; diagnosticar uma mulher grávida como portadora de fibroma e operá-la, causando-lhe lesão ou morte; ou ainda, tratar o paciente de uma doença que não tinha, sem se esforçar para descobrir a verdadeira causa (2). O erro de



diagnóstico, se não for grotesco, não pode ser considerado culpa médica. Ruy Rosado de Aguiar Junior destaca:

“o diagnóstico consiste na determinação da doença do paciente, seus caracteres e suas causas. O erro no diagnóstico não gera responsabilidade, salvo se tomada sem atenção e precauções, conforme o estado da ciência, apresentando-se como erro manifesto e grosseiro” (3).

O erro profissional, quando ocorre por imperfeições da própria arte ou ciência, embora possa acarretar consequências e resultados danosos ou de perigo, não implicará, necessariamente, o dever de indenizar, desde que o profissional tenha empregado, correta e oportunamente, os conhecimentos e as regras atuais de sua ciência (1). A caracterização do erro na medicina não se restringe às fronteiras da ciência, mas extrapola para os domínios da arte e do imponderável, o que exige objetividade e bom senso do Poder Judiciário, na avaliação dos fatos e provas, perante o caso concreto (1). O erro escusável é aquele decorrente de falhas não imputáveis ao médico e que dependem das contingências naturais e das limitações da medicina, bem como naqueles em que tudo foi feito corretamente, porém o paciente omitiu informações, ou ainda quando o paciente não colaborou para o correto processo de diagnóstico ou de tratamento. Nesses casos, o erro existe, mas será considerado intrínseco à profissão, ou decorrente da natureza humana, não se podendo atribuir culpa ao médico (2). Nesse momento, destaca-se a importância da relação médico-paciente, pois da comunicação entre ambos, o conhecimento que o profissional desenvolve, ao tratar o paciente, o acompanhamento de sua saúde e suas doenças, podem fazer uma grande diferença, no que diz respeito à relação entre sintomas, diagnósticos e tratamentos.

Para que o erro médico seja considerado escusável, exigem-se os seguintes elementos:

- a. que o médico não se tenha havido com culpa, em qualquer modalidade, negligência, imprudência ou imperícia;
- b. que a mal resultância seja conseqüente de um erro de diagnóstico possível, do ponto de vista estatístico;
- c. que no estabelecimento deste diagnóstico tenham oportunamente sido utilizados meios e métodos frequentemente empregados;



- d. que a terapia clínica e/ou cirúrgica seja a habitualmente utilizada para o diagnóstico formulado; que a evolução do caso se tenha processado dentro das expectativas (4).

Quanto à alta relevância da relação médico-paciente, para prevenir ou diminuir a incidência do erro médico, e os danos decorrentes, muitos irreparáveis, é importante fazer algumas considerações. Na relação médico-paciente, existe a responsabilidade civil contratual, e também a extracontratual, que se estabelece entre o profissional e o cliente, como uma obrigação de meio, e não de resultado, salvo em situações específicas (4). Segundo entende o autor, deve o profissional da saúde comprometer-se a atender o paciente com desvelo, atenção, paciência, calma e diligência adequada, adverti-lo ou esclarecer-lhe sobre os riscos da terapia ou da intervenção cirúrgica propostas e sobre a natureza de certos exames prescritos, e ainda decidir, junto com o paciente, se, o que e como quer proceder. Exames invasivos e cirurgias, ainda que deles dependam a sobrevivência do cliente, devem ser decididos por este, desde que o profissional lhe tenha esclarecido todos os riscos inerentes à decisão.

Lopes (2017) destaca que:

Não podemos nos esquecer de que a ressonância magnética não é capaz de indicar, por exemplo, as condições sociais e culturais do doente. Não é capaz de diagnosticar tudo o que acontece com ele. Cito como exemplo casos de síndrome do pânico: o indivíduo geralmente reporta um quadro de doença instalada e profundo mal-estar, mas os exames não indicam nenhuma anormalidade. Nesse caso, o bom diagnóstico é feito apenas pela anamnese e através da relação entre o médico e o paciente (5).

A tecnologia, cada vez mais avançada, não deve ser motivo para o afastamento ou para a impessoalidade da relação médico-paciente, pelo contrário, deve contribuir para sua valorização e humanização. Como Lopes (2017) alerta, “o médico precisa focar menos na doença, nos exames, e mais no doente, que é a razão de sua existência profissional, nada substitui o tratamento humanizado, nada é mais importante do que a Medicina à beira do leito” (5).

Segundo dados do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), nos últimos 10 anos, houve um aumento de 302% no número de processos ético-profissionais contra médicos naquele órgão, relacionados a má prática, a erro médico ou a algumas infrações ao Código de Ética Médica. Esse número aumentou de 1.022 processos, em 2001, para 3.089, em 2011. Uma das causas apontadas foi a má formação profissional,



decorrente do aumento dos cursos de medicina, no Brasil, nos últimos anos. Outros fatores seriam o aumento do número de médicos, a má conduta desses profissionais e o aumento do número de pacientes, conhecedores de seus direitos, e dispostos a denunciar os supostos erros médicos (2).

Segundo o Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica – SBCM, Antonio Carlos Lopes (2017):

A Medicina não é apenas ciência. É também arte. Frequentemente o paciente chega ao consultório do médico e não consegue dimensionar o quanto aquele momento é importante na sua vida. Sai do escritório correndo, muitas vezes esquece o que precisa dizer ao médico, chega nervoso porque precisa voltar ao trabalho. Isso é bastante comum, principalmente no Sistema Único de Saúde. Aí o problema se torna mais complicado ainda, porque cada consulta não passa de 15 minutos. Às vezes não há sequer cadeira para o doente sentar (5).

Olhar, ouvir, perguntar e conversar sobre o cotidiano do paciente podem ser caminhos profícuos para um diagnóstico mais preciso, a partir de uma anamnese feita com paciência, calma, dedicação, competência, profissionalismo e, antes de tudo, com solidariedade e compaixão. Como consequência de um diagnóstico mais preciso, menos erros de terapêutica, o que pode vir a prevenir os erros médicos e até sua diminuição, em número e em gravidade dos possíveis danos, muitos de difícil ou impossível reparação.

A jurisprudência pesquisada nos mostra a atual tendência dos tribunais, em face da reparação dos danos causados pelo erro médico.

DANO MORAL – ERRO MÉDICO – FALSO DIAGNÓSTICO – CIRURGIAS INDEVIDAS. PARAPLEGIA. QUANTUM COMPENSATÓRIO MANTIDO. Mesmo que se tenha como certo que a paraplegia decorreu do não tratamento imediato à doença de que a paciente era portadora, em face do diagnóstico errado e submissão a cirurgias indevidas, evidencia-se o nexo de causalidade entre o erro médico e as desastrosas consequências havidas (TJDF – AC 2003.01.1.087811-9 (Ac. 282 845) – Segunda Turma Cível Rel^a Des^a Carmelita Brasil – DJU 02.10.2007, p. 110).

RESPONSABILIDADE CIVIL – ERRO MÉDICO – INDENIZAÇÃO. Médica ginecologista que não constata, em paciente, gravidez tubária ectópica por falta de prudência e diligência na pesquisa de sintomas, submetendo-a a tratamento de cisto ovariano. Indenização que se legaliza para compensar a dor moral da eliminação do poder de procriação natural da mulher que, por acontecimento anterior, perdeu a tuba esquerda e, com a evolução da prenhez ectópica não diagnosticada, teve



de extirpar a tuba direita (TJSP – AC 246.225-4/6-00-São Paulo – Quarta Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Ênio Zuliani – j. 29.09.2005).

A Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática - Anvisa (6) é uma publicação destinada aos profissionais da saúde para esclarecer, divulgar, orientar, com o objetivo de controlar e diminuir, o máximo possível, os erros médicos.

A legislação nacional e os pactos e tratados internacionais garantem o direito à saúde e protegem dos erros de diagnóstico e de terapêutica, decorrentes dos erros médicos.

Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002

Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002

Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005

Altera a Lei 8.080, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Lei nº 12.401, de 2011

Altera a Lei 8.080, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.



Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011

Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013

Altera a Lei 8.080, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

Lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013

Altera a Lei 8.080, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.

Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015

Altera o arts. 23 e 53 da Lei 8.080, permitindo a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.

O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos Sociais e Culturais - PIDESC (19.12.66) é um instrumento jurídico internacional, que foi incorporado no ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto Legislativo 226 de 12 de dezembro de 1991, e pelo Decreto Executivo 591 de 6 de julho 1992, que já disciplinava sobre o assunto.

O CDESC (Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) é um órgão criado pelas Nações Unidas, com a finalidade de avaliar o cumprimento do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais pelos países signatários, e tem por função primordial analisar os relatórios remetidos pelos Estados e emitir orientações, observações finais e observações gerais.

Portanto, apoiado em tratados e resoluções internacionais, o Brasil criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, que tem como missão assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de



Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Isso vale para tecnologias que são aplicadas em qualquer serviço de saúde, seja público seja privado.

Por fim, vale a máxima de que “o cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso” (7), o que retrata a importância no cumprimento da Lei da Saúde, a fim de minimizar o risco sobre três aspectos: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde, focando na qualidade da saúde e bem-estar do usuário.

Conclusões

Esse trabalho se propôs a conceituar o erro médico, seja doloso, seja culposo, e ainda o erro escusável, que ensejam diferentes níveis de responsabilidade civil, com dever de indenizar e reparar o dano, desde que exista nexos causal entre ele e a ação ou a omissão do agente. Em algumas situações, prevalece a responsabilidade sem culpa, a responsabilidade civil objetiva.

Quanto à relação médico-paciente, conclui-se com a citação de Lopes (2017):

Para ser médico, é preciso gostar de gente. Saber que não existem doenças e sim, doentes. Exercer essa profissão é colocar em prática o amor ao próximo. O doente deve morrer de mãos dadas com o seu médico e este necessita de tranquilidade e ferramentas ideais para um atendimento no qual possa oferecer o melhor do seu conhecimento, toda a sua atenção e, principalmente, todo o seu respeito. Ele precisa de tempo suficiente para conhecer o paciente, descobrir suas queixas, averiguar seu passado, seus anseios e angústias, e fazer com que saia aliviado, com perspectiva de ter seu problema solucionado. Dar e receber assistência médica de qualidade e universal, mais do que um anseio, é um direito de todos (5).

Referências

1. SCHAEFER, Fernanda. Responsabilidade Civil do Médico & Erro de diagnóstico, 1.^a edição, 11.^a reimpressão. Curitiba: Juruá Editora, 2012
2. MELO, Nehemias Domingos. Responsabilidade Civil do Médico, 3.^a edição. São Paulo: Editora Atlas, 2014.
3. AGUIAR JUNIOR, Ruy Rosado. Responsabilidade civil do médico, Revista Jurídica (RJ) n. 231
4. CROCE, Delton; CROCE JUNIOR, Delton. Erro Médico e o Direito, 2.^a edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.



5. LOPES, A.C. A importância da Relação Médico-Paciente. Disponível em sbcm@sbcm.org.br Acesso em 01.10.2017 15:07h
6. BRASIL.2013.Disponível em:
https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf Acesso em 01.10.2017 16:49h
7. CHANTLER, C. The role and education of doctors in the delivery of healthcare. The Lancet. 1999; 353:1178-1181.