

DO ERRO MÉDICO

Carlos Alberto Menezes Direito

Ministro do Superior Tribunal de Justiça

Professor titular da PUC — RJ

Membro da Associação de Juristas Católicos

É sabido quão importante e relevante é o papel dos médicos na estrutura das sociedades democráticas e modernas, que, por viverem constantemente atormentadas por situações de massa, são geradoras de suas próprias doenças e, por isso mesmo, a requererem uma diversidade cada vez maior nos cuidados prestados pela Medicina.

Atualmente, o tema da responsabilidade civil na área médica tem despertado enorme interesse, porque a busca da prestação jurisdicional em decorrência do erro do médico tem sido elevada. O Judiciário, em suas várias instâncias, está, a todo instante, manipulando processos referentes a essa matéria, o que se deve, por um lado, ao aspecto da Medicina de massa e, por outro, talvez, à recente consciência de cidadania na busca dos seus direitos diante do Estado, invocando a prestação jurisdicional oferecida pelos Juizes e tribunais.

Ao se analisar essa questão, é bom ter em mente as palavras de **Francis Moore**, que indica com muita clareza, que o fundamental ato do cuidado médico é a assunção da responsabilidade, e a prática cirúrgica é a assunção completa da responsabilidade pelo bem-estar do paciente.

As palavras de **Moore** servem de enlevo a todos os que precisam adentrar no aspecto da responsabilidade civil na área médica.

No Brasil, o art. 951 do novo Código Civil trouxe uma disciplina específica na qual se pode amparar o Juiz ao examinar as perspectivas postas nos múltiplos processos relativos a erros médicos. A responsabilidade civil médica vem de tempos de antanho. Já era conhecida na antiguidade, nos Códigos de Hamurabi e de Manu, que estabeleciam penas específicas para os médicos e cirurgiões que acarretassem lesões a seus pacientes ou que empregassem meios que os conduzissem à morte. O Código de Hamurabi, inclusive,

continha estritas prescrições sobre as penas aplicadas no caso de mau procedimento cirúrgico. O mesmo ocorrendo na Lei das XII Tábuas e na Lei Aquilia.

É importante — e esse seria o ponto nodal da questão relativa à responsabilidade civil na área médica e um dos aspectos que se deve mesmo ter em conta — a forma com que os pacientes são tratados. O atual sistema de Medicina tem criado alguns problemas de atendimento que, se resolvidos, poderiam reduzir, em muito, as razões que hoje são levadas aos tribunais. É preciso sempre ter presente que o paciente, quando chega ao médico, é uma criatura absolutamente indefesa, atemorizada, aterrorizada, e a sua expectativa é sempre a mais periclitante possível, ou seja, quando chega na busca da prestação do serviço médico, ele o faz debaixo de tal pressão, que o tratamento alcança não só a patologia da qual eventualmente possa estar sofrendo, mas também a própria situação psíquica, diante da falta de riqueza do conhecimento extraordinário que está por trás da Medicina, “essa velha senhora”, como diz o Professor **Júlio de Moraes**.

Na realidade, o sistema de saúde tem por objetivo a cura, que é alcançada com um tratamento correto. A consciência de tal objetivo deve ser levada em consideração quando se trata de responsabilidade civil, deve ser a substância mesma da reparação prevista no Direito Positivo. O processo de cura, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os bioquímicos, os dentistas e todos aqueles que estão envolvidos no sistema de saúde têm responsabilidades e, por isso, segundo o Direito, são legitimados passivos para as ações judiciais decorrentes das lesões que causem aos pacientes submetidos aos seus cuidados, tanto os erros que são originários do diagnóstico como os das terapias decorrentes, sejam elas clínicas ou cirúrgicas. **Miguel Kfoury Neto** fez um estudo muito precioso sobre a responsabilidade civil no campo médico e mostrou que o exercício profissional da Medicina acarreta, muitas vezes, uma falha que pode ter conseqüências irremediáveis, porque a vida que se perde é absolutamente irrecuperável: “Com respeito à dignidade humana, a relação contratual que se estabelece entre o médico e o paciente deverá sempre estar impregnada de humana consideração pelo semelhante, pelos valores espirituais que representa e, portanto, a função médica encerra mais do que um ato de justiça social, um dever imposto pela fraternidade social, tornando mais suportáveis a dor e a morte”.

Não é outro o efeito retratado por um neurologista inglês chamado **Oliver Sacks**. Nos Estados Unidos, tratando de um paciente com a Síndrome de Korsakov, sem encontrar solução razoável para o caso, escreveu para um grande especialista, Professor **A. R. Luria**, que era, naquela época, o mais famoso na matéria. Pedia que lhe desse alguma opinião, alguma orientação, sobre o que fazer. O cientista respondeu ao Professor **Sacks** dizendo que fizesse aquilo que a sua perspicácia e o seu coração sugerissem: “Há pouca ou nenhuma esperança de recuperar a memória do seu paciente, mas o homem — dizia o professor — não é apenas memória, tem sentimento, vontade, sensibilidade, existência moral, aspectos sobre os quais a neuropsicologia não pode pronunciar-se, e é aí, além da esfera de uma psicologia unipessoal, que poderá encontrar o modo de atingi-lo e de mudá-lo”. As circunstâncias do trabalho desenvolvido pelo neurologista, no entanto, eram muito favoráveis, pois trabalhava em um asilo, que era como um pequeno mundo, muito diferente das clínicas e instituições onde trabalhara. “Em termos neuropsicológicos — concluiu o Professor **Luria** —, há pouco ou nada a fazer, mas, no que respeita ao indivíduo, talvez você possa fazer muito.”

Essa lição, apresentada pelo Professor **Sacks** no seu livro “O homem que confundiu a sua mulher com um chapéu”, é primorosa, porque talvez acompanhe toda a linha da moderna terapia da interação de amor entre o médico e o paciente.

Nessa mesma direção, o médico francês **Phillippe Meyer**, professor da Universidade René Descartes — Paris IV, em obra recente chamada “A Irresponsabilidade Médica”, assinala que a responsabilidade médica é inerente a uma profissão construída desde a sua origem com a compaixão, o altruísmo, a humanidade, a vontade admirável de tirar o outro de um mau passo. O ofício médico é inconcebível sem o compromisso ético que compõe a sua própria essência. “As responsabilidades civis e penais — diz o Professor **Meyer** —, evocadas em certos documentos antigos, são secundadas; aparecem quando os médicos acreditam ter um certo poder, o que, com a sua transmissão ancestral, não cabia”. Esse talvez seja o grande sinal da passagem, do trânsito que estamos vivendo, deixando para trás aquele médico obscurantista que vivia em um cenário de poder absoluto. Esse panorama, na sociedade moderna, na era da comunicação instantânea, está radicalmente mudado, porque hoje existe, em verdade, um transplantar de transparências com o objetivo, exatamente, de abrir o leque da consciência de cada um diante do ofício que tem a desenvolver na sociedade.

Muito se tem discutido — os juízes, os tribunais, os advogados e os membros do Ministério Público, que, continuamente, se vêm às voltas com o problema — se a responsabilidade do médico é contratual ou extracontratual, se é uma obrigação de meio ou de resultado. Decerto, essa discussão hoje não tem muita importância, porque a responsabilidade do médico está subordinada aos princípios do Código de Defesa do Consumidor, particularmente ao art. 14, em que se criou, verdadeiramente, um sobredireito, passando a relação do médico com o paciente a ser tratada como uma relação de prestação de serviços e o paciente a ser enquadrado como um consumidor.

É preciso aplicar, com muito tempero, com muita ponderação, essa disciplina positiva, não se podendo esquecer das peculiaridades dos diversos serviços prestados pelo sistema de saúde. Há a responsabilidade pessoal, a responsabilidade dos hospitais, a dos serviços auxiliares, como, por exemplo, dos bancos de sangue, dos laboratórios, dos serviços de diagnósticos por imagem e dos exames ditos invasivos, a saber: a endoscopia e a colonoscopia.

De fato, há ainda quem enxergue, na prestação de serviços pelo médico, um contrato puro e simples ou um contrato especial, considerando a circunstância de que não se limita a prestar serviços exclusivamente técnicos, mas também de atendimento pessoal e familiar ao paciente, ou seja, deve ter-se presente — e isso, **mutatis mutandis**, alcança não só os médicos, mas ainda os juízes, os advogados e os membros do Ministério Público — que a relação contratual entre o médico e o seu paciente não deve esgotar-se exclusivamente na prestação do serviço técnico; deve abranger a dimensão social, na medida em que ainda não está, pelo menos no estágio atual da sociedade brasileira, voltada exclusivamente para o atendimento profissional que exclui a parte humanística, tão característica das sociedades latinas.

O que deve presidir a responsabilidade pessoal do médico, além da consideração da responsabilidade em sentido estrito, é o dever de curar o doente, de salvá-lo, porque, se fosse diferente, seria contra a própria natureza das coisas. O objetivo do médico, nesse sentido, é mesmo o de curar e salvar, todavia, muitas vezes, enfrenta situações em que isso não é possível, por exemplo, nos quadros terminais, quer em razão de doenças incuráveis, quer em razão de acidentes com extenso comprometimento de órgãos vitais — particularmente o último caso, nos diversos setores de emergência de hospitais públicos ou privados.

Em princípio, o médico assume, contratualmente, a responsabilidade de curar, de salvar a vida, utilizando todos os meios disponíveis na ciência médica naquele momento e considerando as circunstâncias em que o atendimento é feito. Em outras palavras, não se pode considerar a responsabilidade do médico fora do quadro concreto em que o atendimento é prestado. Não adianta a idealização de um atendimento **per se** e, sobre esse ideal, a construção da responsabilidade do médico. Deve considerar-se a circunstância local concreta e positiva em que está o médico para prestar a assistência que lhe é requerida.

É importante ressaltar que o médico, quando assume a responsabilidade dita contratual, na verdade, assume o compromisso de empregar todo o seu conhecimento, a sua experiência, o seu desvelo e a sua assistência para obter a cura do paciente ou para reduzir o seu sofrimento, que é outro aspecto extremamente relevante no campo do atendimento médico e no da responsabilidade civil. No campo diagnóstico ou no cirúrgico, o médico é responsável pelo cuidado com o paciente, empregando os meios de que dispõe para que a cura seja obtida. Se essa não chega, sua responsabilidade somente poderá ser definida quando provado que o resultado negativo decorreu da sua negligência, imprudência e imperícia. Tal conjugação, embora controvérsias existam sobre o tema, foi mantida no Código de Defesa do Consumidor, ressalvados os aspectos peculiares relativos à prestação de serviços médicos pela empresa. E esse é um problema que se agudiza muito, porque médicos, por diversas razões, porém, sem maior exame da matéria jurídica, estão constituindo empresas para a prestação desses serviços. No momento em que essa prática ocorre, a responsabilidade sai do campo da teoria da culpa e passa para a responsabilidade objetiva, com enorme repercussão nas ações indenizatórias. A transmutação do serviço pessoal do médico para uma empresa, até mesmo em certas circunstâncias vantajosas do ponto de vista tributário, pode ter, portanto, do ponto de vista da responsabilidade, severas conseqüências.

Um dos pontos nucleares da responsabilidade médica é exatamente o de identificar o erro. Não se deve falar em erro médico, mas em erro do médico. Já se viu que esse tipo de erro é fruto da negligência, da imprudência e da imperícia, razão pela qual, o médico será responsabilizado nessas precisas circunstâncias. Todavia, há uma corrente, hoje, que defende a distinção entre o chamado erro profissional, que seria insuscetível de acarretar a responsabilidade, e o erro do médico propriamente dito, este sim, passível da

responsabilidade. O primeiro aconteceria quando a conduta médica fosse correta, mas a técnica incorreta; o segundo quando a técnica é correta e sua conduta incorreta. De todos os modos, um dos aspectos mais difíceis é o da identificação do erro do médico.

Há um autor clássico no Direito brasileiro, **Carvalho Santos**, que, nos comentários ao art. 1.545 do Código Civil de 1916, fez algumas observações, inclusive limitativas da atividade do Juiz quando da identificação do erro do médico. Escreveu ele que o Juiz não deveria interferir de nenhuma maneira nos aspectos técnicos da prestação de serviços, mas isso está completamente ultrapassado. Hoje, o Juiz, independentemente do recurso à perícia médica, tem plena autonomia para decidir com o seu sentido, com a sua percepção da realidade, com o seu convencimento — e só à consciência está subordinado. Não há dúvidas de que, quando se faz essa afirmação, não se tem presente que o Juiz substitua o médico, mas que seja capaz de aferir o conjunto de circunstâncias concretas que autoriza a identificação do erro do médico, o que deve fazer com segurança, equilíbrio e bom senso.

Atul Gawande escreveu um livro extremamente interessante, denominado “Complicações”, no qual abordou os dilemas do cirurgião diante de uma ciência imperfeita e mostrou que o estado essencial da Medicina hoje — aquilo que faz com que ser paciente seja tão doloroso, ser médico tão difícil e ser parte da sociedade que paga as contas tão irritante e aflitivo — é exatamente a incerteza. Diz ele que, com tudo o que se sabe nos dias de hoje sobre as pessoas, as doenças e como diagnosticá-las e tratá-las, pode ser difícil compreender a profundidade com que a incerteza ainda domina. Na qualidade de médico — diz o Dr. **Gawande** —, acaba-se por descobrir, contudo, que a dificuldade para tratar das pessoas está freqüentemente no que não se sabe. O estado básico da Medicina é a incerteza, e a sabedoria, tanto para pacientes como para médicos, é definida pela maneira como lidam com ela. Isso é a consciência de que a Medicina é uma ciência imperfeita, um empreendimento de conhecimentos em estado de mutação constante, de informações incertas, de indivíduos falíveis e, ao mesmo tempo, lidando com vidas em risco. Há ciência no que os médicos fazem, mas não só isso: há hábito, intuição e, por vezes, pura e simplesmente, adivinhação, palpite. Erros acontecem, mas não podem ser tomados sempre como aberrações. Não é possível se conceber, sempre, que um determinado erro signifique uma aberração, e que isso leve à conseqüência da responsabilidade civil.

Nos Estados Unidos, por exemplo — e é algo curioso —, há diversos estudos realizados em escolas, inclusive com professores especializados, para evitar a freqüência com que vêm ocorrendo esses erros dos médicos. O Dr. **Gawande** cita um estudo feito por um grande especialista na matéria, **Lucian Leape**, no qual ressalta que em algumas empresas, como prestadoras de serviços e a indústria aeronáutica, há uma redução notável do índice de erros. Diz que a freqüência de erros operacionais na aviação caiu a um para cada 100 mil vôos, e a maioria desses erros não tem conseqüências prejudiciais ou seja, tem havido um esforço nessas fábricas e serviços, para evitar esse tipo de acontecimento, que pode causar lesões. É claro — escreve o Dr. **Gawande** — que os pacientes são mais complicados e idiossincráticos do que aviões, e a Medicina, evidentemente, não deixou de empregar um produto específico, nem mesmo um catálogo de produtos.

Assim, como se pode conceituar o erro do médico? O melhor conceito foi dado pelo Professor **Júlio de Moraes**: “O erro do médico, na medida em que o médico não é infalível, é aquele que um profissional de média capacidade, em idênticas condições, não cometeria.”

Esse é um norte extremamente poderoso para os juízes, para os advogados e para os membros do Ministério Público, no sentido de identificar um conceito que seja substantivo daquilo que é o erro do médico. O que importa é exatamente isto: se o médico agir de acordo com as técnicas médicas em seu poder, utilizando todos os recursos disponíveis, o eventual erro poderá ser escusado, mas sempre podendo e devendo o magistrado examinar amplamente as circunstâncias concretas de cada caso. Como disse o Professor **Meyer**, para identificar a responsabilidade, primeiro o médico deve aprender a medir a capacidade dos meios de que dispõe em relação àqueles que seus antecessores usaram. Uma apreciação ponderada da natureza do progresso é indispensável à percepção das vantagens e dos perigos.

Com efeito, o clínico nada mais é do que um cão perdigueiro. Deve farejar tudo, buscar exaustivamente cada possibilidade diagnóstica, e há um caso exemplar nesse sentido trazido por **Atul Gawande** em seu livro: uma paciente chegou ao hospital apresentando todos os sintomas para um diagnóstico de celulite, a qual seria facilmente curada com a administração de antibióticos. O médico fez uma observação dos sintomas apuradamente, mas, como há pouco tempo havia cuidado de outro paciente que apresentava sintoma parecido e que, ao ser examinado mais detalhadamente, desco-

briu-se ser portador de uma doença fatal chamada fascite necrotizante, infecção por bactérias assassinas e devoradoras de carne, ficou com aquilo na cabeça e resolveu chamar um colega cirurgião do mesmo hospital para fazer um atendimento à paciente. Ele a examinou e verificou que, realmente, os sintomas recomendavam o diagnóstico de celulite e não fascite necrotizante. O outro médico insistiu. Resolveram, então, levá-la para a sala de cirurgia, onde foi feita uma incisão e retirada uma parte para o exame do patologista. O patologista examinou e disse não ter uma conclusão, por isso chamaria um colega especialista para examinar. Esse colega chegou, examinou e disse que não parecia, mas que havia algo indicando tal possibilidade. Os médicos, então, retornaram à sala de cirurgia para a retirada de tecidos, instalando-se, finalmente, o terrificante diagnóstico. A moça foi operada mais quatro vezes, e o médico cirurgião-chefe assumiu a responsabilidade de decidir pela não-amputação do membro, achando que o que tinha feito já era suficiente. Naquele momento, a resolução de optar pela não-amputação do membro foi uma decisão difícil que o médico teve que tomar, considerando a sua própria avaliação, em virtude da emergência, mas que, graças a Deus, naquela circunstância, tinha sido absolutamente exemplar. Por isso, o diagnóstico depende de dedicação da atenção do clínico, o cão perdigueiro, o farejador, que não deve satisfazer-se com o primeiro momento. O cuidado verificado na busca dos sintomas apresentados, esgotando-se as possibilidades e observando-se a realidade do atendimento, deve ser levado em consideração pelo Juiz.

Não se pode comparar os recursos do médico do interior com os do médico da capital nem colocá-los no mesmo patamar para efeito da responsabilidade: deve-se tê-los como diferentes, porque diferentes são os cenários dos atendimentos prestados nesses âmbitos.

Em psiquiatria, por exemplo, as condições diagnósticas e a prescrição terapêutica são extremamente difíceis. Há um estudo que mostra que pacientes tratados em países diferentes receberam tratamentos diferentes, sendo, em alguns casos, identificado o transtorno esquizofreniforme como depressão bipolar, com graves conseqüências para o paciente. O tratamento desses pacientes — alguns diagnosticados como esquizofrênicos, outros como portadores de transtorno bipolar — levou a situações em que a doença pôde se transformar em crônica. Se o paciente tivesse recebido o diagnóstico preciso desde logo, provavelmente não teria acontecido.

Esse é um exemplo das enormes dificuldades ainda hoje ocorrentes no tratamento psiquiátrico, extremamente complicado, porque o diagnóstico é, às vezes, complexo em decorrência das estreitas fronteiras entre uma patologia e outra e porque as dosagens medicamentosas são difíceis de ser acertadas, variando de paciente para paciente. O psiquiatra sofre mais na mão do paciente do que o paciente na mão dele, porque, nem sempre, há a compreensão de que o psiquiatra, quando aplica uma determinada dosagem medicamentosa, depende da reação do paciente, ou seja, a dose correta muitas vezes somente é obtida após algum tempo. Por isso, na apuração da responsabilidade neste campo, o Juiz deve sempre considerar os cuidados que foram dispensados ao paciente lesado, e o médico nunca pode descurar de suas obrigações, o que hoje tem acontecido com certa freqüência. Os médicos, até mesmo por uma série de circunstâncias concretas do sistema de assistência e saúde, tratam os pacientes com tal distância, sem a necessária doação e, sobretudo mesmo, com realismo beirando o terrorismo, que os pacientes se vêem indefesos.

É necessário examinar, ainda, a parte deontológica da relação médico-paciente, um aspecto fascinante. O dever do médico de informar ou não o paciente da doença que sofre, dependendo das circunstâncias concretas de cada caso, é um dos pontos mais desafiadores. O importante, porém, é que a ligeireza e a falta de atenção são fortes elementos para a identificação da culpa do médico, levando, muitas vezes, ao atrito com o seu paciente.

Quanto ao atendimento, deve ser revestido de cautela, atenção, compaixão, amor, humildade diante do saber e da riqueza do ser do homem, porque, na realidade, há uma relação que extrapola a profissional — médico-paciente — a de amor entre aquele que sofre e aquele que Deus pôs no caminho para tentar salvá-lo do sofrimento, dotada de racionalidade e de liberdade, qualidades essenciais da própria natureza humana, como ensinaram **Aristóteles e São Tomás de Aquino.**

No campo da cirurgia, os critérios, ainda que não sejam muito diversos, têm algumas peculiaridades. É claro que o cirurgião moderno tem hoje uma responsabilidade maior do que antes, porque conduz o paciente pelas fases do diagnóstico, do preparo operatório, da intervenção cirúrgica propriamente dita, do pós-operatório e da reabilitação, e as cirurgias têm a grande vocação de tratar casos críticos ou de criar condições agudas para que a doença seja eliminada, e assim o fazem todos os cirurgiões por meio da manipulação do corpo do paciente.

Outro problema existente é a separação, na cirurgia, dos diversos participantes do ato cirúrgico. Antigamente, o Professor **Fernando Paulino** dizia que o cirurgião-chefe era o único responsável por tudo o que ocorresse dentro da sala de cirurgia. Hoje em dia, destacam-se algumas figuras dentro do tratamento cirúrgico, entre elas, a do anestesista, que tem um papel independente do cirurgião-chefe, salvo se é da responsabilidade do cirurgião-chefe, ou seja, não vai ao quarto examinar o paciente, não tem contato com ele, não estabelece com ele uma relação autônoma. Há diversos acórdãos dizendo que o paciente que sofreu uma lesão no ato cirúrgico em decorrência de um choque anestésico pode responsabilizar, também, o cirurgião-chefe, porque seria solidário com o anestesista, na medida em que este faz parte da equipe daquele.

É válido ressaltar ainda alguns aspectos importantes. Não pode o cirurgião que fez uma cirurgia pequena — não existem cirurgias simples, todas são complexas, das menores até as chamadas grandes cirurgias — deixar o seu paciente a descoberto. Um cirurgião que opera, viaja e deixa os assistentes no seu lugar, mesmo que o paciente saiba disso, está suscetível de sofrer ação por responsabilidade médica se ocorrer algum evento danoso em decorrência da cirurgia.

É muito importante que esse entendimento esteja no subconsciente do cirurgião, porque ele não é apenas o responsável por aquele ato cirúrgico, e sim por todo o acompanhamento do paciente até a sua saída do hospital. Quem tem que dar a alta do hospital após uma cirurgia não é o médico-clínico, mas o cirurgião, porquanto tudo decorre do procedimento cirúrgico a que o paciente foi submetido.

Há muitos médicos fazendo procedimentos cirúrgicos em consultórios, a exemplo de algumas cirurgias dermatológicas. O próprio cirurgião dermatológico aplica a anestesia, o que é um risco enorme, porque qualquer que seja o tipo pode causar uma reação anafilática, acarretando, se o consultório não estiver ambientado para a emergência, um complicador, o que pode configurar erro gravíssimo. O mesmo está acontecendo no campo da cirurgia plástica, uma vez que estão sendo realizadas cirurgias plásticas em consultórios e em clínicas que não estão aparelhadas devidamente. Nesse sentido, o cirurgião cumpre um relevante papel, visto que a ele compete, também, verificar se o instrumental cirúrgico está operacional, se está em bom funcionamento.

Outro campo de muita controvérsia é o da responsabilidade civil em cirurgia plástica. Duas correntes já se formaram. Uma, que diz haver obrigação de resultado; outra, que defende haver obrigação de meio, porquanto a cirurgia estética é uma cirurgia como qualquer outra, mesmo porque não se pode dizer que a cirurgia estética, em si mesma, seja puramente estética. A propósito, uma pessoa que tenha um defeito grave no nariz, pode padecer emocionalmente daquele problema, e, nesse caso, a cirurgia estética é uma cirurgia terapêutica e curativa, também para a alma do paciente. Uma senhora que tenha mamas grandes deve ter, em consequência, problema postural. A cirurgia, nesse caso, não resultará apenas na correção das mamas, mas também na da própria postura da paciente, evitando lesões na coluna.

Por último, é primordial fazer referência à responsabilidade dos hospitais e dos planos de saúde, o que tem suscitado alguma controvérsia, hoje mais pacificada, após o advento do Código de Defesa do Consumidor. Já se admite, sem qualquer sombra de dúvida, que os hospitais e os planos de saúde, mesmo aqueles criados na forma de cooperativas, são responsáveis. Não apenas o médico é responsabilizado; há uma responsabilidade do plano de saúde na escolha do médico credenciado. Todos os julgados hoje já estão se encaminhando nesse sentido.

Algo importante é que, em estudos feitos nos Estados Unidos, muitas das complicações sofridas por pacientes internados eram devidas, exatamente, a erros de atendimento. Isso se deve, basicamente, ao problema da infra-estrutura hospitalar, o que é inconcebível. Só no Brasil admite-se que nos CTIs trabalhem enfermeiros sem curso superior, ou seja, técnicos de enfermagem desempenham o serviço que seria próprio de pessoas com curso superior. Esse é um erro grave, que acarreta uma enorme responsabilidade dos hospitais. Outro dado é que os hospitais se preocupam mais com o embelezamento, com a hotelaria, com a fachada, mas não com os equipamentos, com o aperfeiçoamento do pessoal. Esse também é um erro muito grave, que conduz, certamente, a problemas de toda ordem em matéria de responsabilidade civil.

O tema é relevante. Muito há ainda para examinar. O que vale, porém, é o despertar da consciência de todos os que atuam na área médica e na área jurídica para o problema.