

JOÃO BOSCO ARAÚJO RIBEIRO

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

ESCOLA PAULISTA DE DIREITO
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO MÉDICO HOSPITALAR

São Paulo
2010

JOÃO BOSCO ARAÚJO RIBEIRO

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização em Direito Médico Hospitalar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Direito Médico pela Escola Paulista de Direito (EPD).

Coordenador do curso: Prof. Ms. Flávio Dantas.

São Paulo
2010

Dedico esse trabalho à minha esposa Maria Goretti Polito, à nossa pequena Laura, ao meu pai David Vasques Ribeiro, que no auge de seus 92 anos usufrui de plena saúde, à minha mãe Ezilda Araújo Ribeiro (*in memoriam*) e ao meu antigo companheiro de luta Dr. Feróla Torquato da Silva.

Na oportunidade que me cabe, quero prestar os meus agradecimentos ao professor e coordenador Flávio Dantas que sempre pautou a auxiliar com seu nobre intento de ensinar. Também ofereço meus agradecimentos ao professor Eduardo Vasconcelos dos Santos Dantas que com sua simplicidade e sabedoria, dispôs dos seus presenciais ensinamentos. Dedico meus agradecimentos ao professor Miguel Kfourri Neto que, com sua sabedoria incomum, nos ensinou com sua peculiar despreensão a importância do Direito Médico. Agradeço ao meu amigo anestesiológico Dr. Ricardo Bitencourt de Souza Couto que, no momento oportuno, prestou sua rica colaboração. Finalmente ao professor Jarbas Simas, agradeço pela sua brilhante e particular generosidade.

*A arte é longa, a vida breve, a ocasião fugitiva,
a experiência falaz, o juízo dificultoso. Não
basta que o médico faça por sua vez quanto
deve fazer, se por outro lado não coincidem ao
mesmo objeto, os assistentes e as
circunstâncias exteriores restantes.*

Hipócrates

RESUMO

O tema abordado diz respeito à Responsabilidade Civil do Médico Anestesiologista abrangendo notadamente a atividade exercida pelo profissional médico anestesiologista e a equipe cirúrgica cujo objetivo é esclarecer o grau de comprometimento e responsabilidade da atividade no âmbito prático laboral concomitante a alguns aspectos científicos mas, em especial, como a ciência jurídica, por intermédio de seus doutrinadores e juízos, veem esta atividade dotada de tanto dinamismo e risco tendo em vista que, sua excelência vital e prática se resume em adormecer o paciente, manter suas condições hemodinâmicas perfeitas no decorrer da cirurgia e, após finalizada a intervenção cirúrgica, trazê-lo à tona nas mesmas condições que se encontrava ao adentrar no centro cirúrgico. Desta feita, cabe ao médico anestesiologista o mais alto grau de responsabilidade, vigilância e dedicação para que, ao menor sinal de complicação, esteja ele preparado para socorrer e manter o paciente nas condições que a situação exige uma vez que, as mesmas ocorrem de formas e maneiras inesperadas. O ato cirúrgico não só é um procedimento de risco como também, uma esperança para o paciente e seus familiares e nele está intimamente inserido a figura do médico anestesiologista. Ele, a eminência parda.

Palavras-chave: Responsabilidade. Anestesiologista. Doutrinadores.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. HISTÓRICO DA RESPONSABILIDADE CIVIL	10
1.1. Evolução Histórica da Responsabilidade Civil	10
2. ANESTESIOLOGIA	15
2.1. Conceituação de Anestesia	15
2.2. Conceituação de Anestesiologia	15
2.3. Objetivo da Anestesiologia	15
2.4. Complicações na Anestesiologia	16
3. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS	17
4. REGULAMENTAÇÃO E CONDUTA DO MÉDICO PARA EXERCÍCIO DA PROFISSÃO	19
4.1. Regulamentação da Especialidade Anestesiologia	20
4.2. Regulamentação Especial do Médico Anestesiologista	22
5. RESPONSABILIDADE MÉDICA	29
5.1. Responsabilidade Civil do Médico	29
5.2. Responsabilidade Civil do Médico Anestesiologista	31
5.2.1. <i>Da Obrigação de Meio ou Obrigação de Fim?</i>	34
5.2.2. <i>Mecanismos de Prevenção na Atuação Profissional do Anestesiologista</i>	37
5.2.2.1. Dos Aspectos Administrativos	37
5.2.2.2. Dos Aspectos Clínicos	39
5.3. Responsabilidade dos demais Membros da Equipe Cirúrgica em Relação ao Anestesiologista	41
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46

INTRODUÇÃO

O instituto Responsabilidade Civil, que, nesse trabalho, trata a despeito do médico anesthesiologista, com sua longa história acompanha a humanidade desde os primórdios os passos do homem em sua atuação cotidiana e evolutiva. Instituto este que, com a evolução das técnicas profissionais e em especial, cirúrgicas vem obrigatoriamente sendo minuciosamente acompanhado de normas mais específicas no sentido de orientar e amparar os envolvidos na relação jurídica quem vem a ser nesse caso, a relação médico – paciente com seus direitos e deveres.

A anesthesiologia, com a precisão dos revolucionários equipamentos que a acompanham, tem a incumbência de dormir e acordar sem fraquejar uma vez que, seu objetivo maior é dispor ao doente o conforto e a confiança num ato em que indubitavelmente, o ser humano está na plena condição de vulnerabilidade. Cabe ao anesthesiologista, manter e prover essa confiança, pois dele parte as mais inominadas esperanças.

O Conselho Federal de Medicina, nas atribuições que o compete, edita as resoluções de atuação e gestão dos atos cirúrgicos dando respaldo e segurança ao anesthesiologista pois assim sendo, o mesmo poderá exercer e fazer aquilo que é correto e seguro. As regulamentações esclarecedoras surgem a cada dia que se apresentam novas técnicas - a exemplo da Resolução 1711/2003 cujo teor “estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução” - ou detectam alguma deficiência a ser sanada.

Não obstante as discussões nos tribunais e no universo jurídico a despeito da classificação das obrigações, a medicina segue seu curso estudando, pesquisando e procurando a cada dia desenvolver novas técnicas que minimizam a dor e valorizam o bem-estar do paciente.

O trabalho enumera ainda, os aspectos da responsabilidade do profissional médico e especialmente elenca de forma mais abrangente atuação do anesthesiologista e os demais membros envolvidos em sua tarefa.

Aborda também, as profilaxias, os cuidados antes, durante e depois da

cirurgia no sentido de municiar ao anestesiológico o menor grau possível de uma eventual má-prática médica.

Por fim, enumera as responsabilidades da equipe cirúrgica que com a qual sem os mesmos nada existe. A divisão de responsabilidades e o âmbito da relação profissional inserindo ou não a subordinação. Subordinação essa que, já está em desuso fundamentado na qualificação e especialização de uma classe de especialidade clínica que honra a confiança e vangloria o saber.

A abrangência desta pesquisa, visa prestar conhecimento aos anestesiólogos, suas obrigações e pertinência na prática clínica observada e fundamentada na legislação, nas resoluções e na doutrina. Presta como instrumento de consulta o Código Civil Brasileiro, o Código de Defesa do Consumidor, a impressão dos doutrinadores, dos juízos e todo o universo de mecanismos dispostos na legislação brasileira como forma de orientar o real cumprimento de suas obrigações.

1. HISTÓRICO DA RESPONSABILIDADE CIVIL

1.1. Evolução Histórica da Responsabilidade Civil

Historicamente, a responsabilidade civil apresenta uma evolução em várias dimensões, já que sua expansão se destaca quanto aos seus fundamentos, à sua área de incidência e à sua densidade, abrangendo esta a exatidão da reparação.

Em primeiro plano, especifica “nos primórdios da humanidade, não se cogitava o fator culpa. O dano provocava a reação imediata, instintiva e brutal do ofendido. Não havia regras, nem limitações. Não imperava, ainda, o direito” GONÇALVES (1995, p. 5).

Sob este enfoque, verifica-se que não existindo um Estado maior, não havia interesse, que não o particular em resolver conflitos. Deste modo, dominava uma espécie de vingança privada que, nas palavras de Lima (1995 apud GONÇALVES p. 14):

[..] forma primitiva, selvagem talvez, mas humana, da reação espontânea e natural contra o mal sofrido, solução comum a todos os povos nas suas origens, para a reparação do mal pelo mal.” Esta vingança particular, mais tarde, evoluiu e, conforme Carlos Roberto Gonçalves, “[..] resultou na Lei de Talião, que se caracterizava no “olho por olho, dente por dente” (GONÇALVES p. 4)

Com o objetivo de coibir abusos, o poder público passou a intervir e declarar quando e como o particular teria direito à retaliação.

Noutro estágio, a vítima optava entre a aplicação da pena ou por uma composição, que poderia resultar em receber vantagens, principalmente econômicas. Ainda aqui, não se cogitava a culpa, pois a responsabilidade era meramente objetiva, o que “ao direito Romano interessava, primitivamente, apurar a existência do *damnum*” (PEREIRA, 2002, p. 4). Isto é, a responsabilidade era caracterizada apenas pela existência de um dano, diferentemente da responsabilidade objetiva nos moldes como é vista atualmente, na qual, além da existência do dano, avaliam-se outros aspectos, tais como o nexo causal. Ainda

neste contexto, estabelece o professor REIS em seus ensinamentos que:

[..] o preceito romano *neminem laedere* não retrata apenas uma norma de conduta, como igualmente representa um estado de consciência do cidadão no cumprimento do seu dever em agir de conformidade com os conceitos das normas jurídicas (REIS, 2002, p. 19).

No período posterior a este, a composição passa de voluntária para obrigatória, fundada no fato de que é mais vantajoso receber uma reparação em dinheiro. Assim, essa reparação pecuniária ficava a critério da autoridade pública, no caso de ser o delito relativo à *res pública* ou a critério particular se o delito ou a reparação fosse de interesse eminentemente particular. É a partir desse período, esboçado principalmente nos tempos romanos, que os delitos públicos passaram a se peculiarizar quanto aos particulares. É nesse sentido, que “nos delitos públicos, a pena econômica imposta ao réu deveria ser recolhida aos cofres públicos, e, nos delitos particulares, a pena em dinheiro cabia à vítima” (GONÇALVES, 1995, p. 5).

No que tange à responsabilidade do profissional médico, consta no Código de Manú na Índia antiga,

Preservou-se um código atribuído a Manú, personagem mítico, considerado "Filho de Brama e Pai dos Homens". Escrito em sânscrito e elaborado entre o século II a.C. e o século II d. C., o Código de Manú é a legislação mais antiga da Índia.

As leis de Manú representam historicamente uma primeira organização geral da sociedade, sob forte motivação religiosa e política. Elas exemplificam a situação do direito nos povos que não chegaram a distinguir a ordem jurídica dos demais planos da vida social nas Disposições Finais em seu artigo 700¹ *in verbis*:

Art. 700^o Todos os médicos e cirurgiões que exercem mal sua arte merecem uma multa; ela deve ser do primeiro grau para um caso relativo a animais; do segundo, para homens.

Há de se ressaltar que essa positivação consta como uma das primeiras conhecidas no que se refere à responsabilidade do médico. Alguns anos adiante tem-se um novo Código denominado Código de Hamurábi outorgado pelo Rei da Babilônia no século XVIII A.C. que trata das responsabilidades inclusive, das penalidades como se segue²:

¹ Disponível em: <http://buenoecostanze.adv.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1137&Itemid=44>. Acessado em 30 de dez. de 2010

² Disponível em: <<http://www.culturabrasil.pro.br/codigodehamurabi.htm>>. Acessado em: 01 de dez. de 2010.

XIII - MÉDICOS E VETERINÁRIOS; ARQUITETOS E BATELEIROS (SALÁRIOS, HONORÁRIOS E RESPONSABILIDADE)

215º - Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o cura ou se ele abre a alguém uma incisão com a lanceta de bronze e o olho é salvo, deverá receber dez siclos.

216º - Se é um liberto, ele receberá cinco siclo.

217º - Se é o escravo de alguém, o seu proprietário deverá dar ao médico dois siclos.

218º - Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos.

219º - Se o médico trata o escravo de um liberto de uma ferida grave com a lanceta de bronze e o mata, deverá dar escravo por escravo.

220º - Se ele abriu a sua incisão com a lanceta de bronze o olho fica perdido, deverá pagar metade de seu preço.

221º - Se um médico restabelece o osso quebrado de alguém ou as partes moles doentes, o doente deverá dar ao médico cinco siclos.

222º - Se é um liberto, deverá dar três siclos.

220º - Se ele abriu a sua incisão com a lanceta de bronze o olho fica perdido, deverá pagar metade de seu preço.

221º - Se um médico restabelece o osso quebrado de alguém ou as partes moles doentes, o doente deverá dar ao médico cinco siclos.

222º - Se é um liberto, deverá dar três siclos.

223º - Se é um escravo, o dono deverá dar ao médico dois siclos.

Percebe-se nesta norma, as penalidades com as quais os que exerciam a medicina eram submetidos caso não obtivesse êxito inclusive, nesses primórdios tempos em que, as condições de tratamento e cura eram infinitamente piores que os dias de hoje.

Com o passar dos tempos, o Estado passou a assumir a função de punir, surgindo a responsabilidade por um dano em dois planos: civil e penal, coexistindo a responsabilidade penal, lado a lado com a responsabilidade civil.

Com a evolução deste sistema, a ideia de reparação pecuniária de dano, passou a ser determinada de forma com que o patrimônio do lesante fosse coerente com a reparação, ou seja, suportasse seu ônus, sem que houvesse enriquecimento ilícito pela parte lesada. É a *Lex Aquilia* a partir da qual, embora de forma primitiva, a noção de culpa pela primeira vez passou a ser esboçada tal como fundamento da responsabilidade civil, de forma com que o agente não seria responsável pelo dano, se agisse sem culpa.

Desta forma, com a *Lex aquilia* de *damno* implantou-se um sistema geral de responsabilidade civil. Assim expõe DINIZ:

A *Lex Aquilia* de *damno* estabeleceu as bases de uma responsabilidade extracontratual, criando uma forma pecuniária de indenização do prejuízo, com base no estabelecimento de seu valor. Esta lei introduziu o *damnum iniuria datum*, ou melhor, prejuízo causado a bem alheio, empobrecendo o lesado, sem enriquecer o lesante (DINIZ, 2002, p. 11).

Esta Teoria que se postergou pela Idade Média deu início ao que hoje é tido como responsabilidade civil subjetiva, na qual o fator culpa é determinante para a existência da indenização, assim como o dano e o nexo causal. Isto resultou na responsabilidade patrimonial, conforme esclarece GONÇALVES:

[...] a pessoa deverá responder com seu patrimônio pelos prejuízos causados a terceiros, exceto nos casos em que se disponha a proceder, ou seja possível, a execução pessoal e nos de intervenção de terceiro para realização devida, especialmente no campo contratual (GONÇALVES, 1995, p. 11).

Desta maneira, o autor do fato lesivo passou a responder com seu patrimônio pessoal pelos prejuízos, devendo a indenização incidir ao patrimônio de terceiros quando terceiros participarem do ato.

Pouco a pouco, a noção de Responsabilidade Civil do Direito Romano, foi sendo aperfeiçoada, sobretudo pelo Direito Francês, já que na maioria das vezes era deveras difícil provar a culpa do lesante por parte do lesado, que acabava ficando sem a reparação. Face à isto, os juristas franceses tentaram buscar uma facilidade para o alcance da indenização sem aceitar plenamente, a Teoria objetivista, já que, “[.] sob o pretexto de que tal solução implicaria em um retorno à barbárie do direito primitivo, que se fundava em ideais inquestionáveis de justiça retributiva e vingança” (LISBOA, 2004, p. 564).

De forma mais evoluída o Direito francês inseriu as noções de culpa delitual e contratual, conforme “a noção de culpa *in abstracto* e a distinção entre culpa delitual e culpa contratual foram inseridas no Código de Napoleão, inspirando a redação dos arts. 1.382 e 1.383”. (DIAS, 1997, p. 34). Então, a reparação passou a ser considerada não só quanto à culpa, mas também quanto ao risco da atividade.

Isto deu origem à Teoria do Risco, baseada na ideia de atividade perigosa, que veio a fundamentar a responsabilidade civil sob uma nova visão. Este princípio se baseia no fato de que a pessoa que se aproveitar dos riscos ocasionados, deve arcar com suas consequências, continuando a culpa também como um dos fundamentos da responsabilidade civil. Ainda sobre a Teoria do Risco, “ao invés da ideia de culpa se impõe o princípio do risco: a força de iniciativa e a ação consideram-se em si geradoras da responsabilidade” Gonçalves (1995 citado por ROCHA, 1992, p. 17).

Neste contexto, esta Teoria se consolidou como uma das formas de

responsabilidade por um dano, tal como a teoria da culpa, que mais tarde veio a evoluir aos moldes como é vista atualmente.

Sobre a evolução da Teoria do risco, PRUX assim se posiciona:

Convivem, então, atualmente, as duas correntes: a da teoria da culpa e a da teoria do risco, cada uma tendo seu espaço correspondente no mundo jurídico, permanecendo a discussão por conta de fixar quais casos devem ser abrangidos por uma e por outra. (PRUX, 1998, p. 75).

O Código Civil atual traz, via de regra, consagrado em seu art. 186³ o sistema subjetivo de responsabilidade, fundado na culpa, mas também admite expressamente casos em que a responsabilidade será meramente objetiva. Neste mesmo sentido baseava-se o Código Civil anterior que se fundava em um sistema subjetivo de responsabilização no qual a culpa era presumida⁴.

Desta forma, quanto mais avançada a sociedade, mais os institutos da responsabilidade civil se aperfeiçoam, de modo com que sirva de meio justo para reparar os danos aos prejudicados.

³ **Art.186.** Aquela que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

⁴ LISBOA, Roberto Senise. **Manual de Direito Civil.** Obrigações e Responsabilidade Civil. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. 2. v. , p. 565.

2. ANESTESIOLOGIA

2.1. Conceituação de Anestesia

Na definição da Sociedade Brasileira de Anestesiologia⁵,

Anestesia é o estado de total ausência de dor e outras sensações durante uma operação, exame diagnóstico ou curativo. Ela pode ser geral, isto é, para o corpo todo; ou parcial, também chamada regional, quando apenas uma região do corpo é anestesiada. Sob o efeito de uma anestesia geral, você dorme. Com anestesia regional você pode ficar dormindo ou acordado, conforme a conveniência, embora parte de seu corpo fique anestesiada.

2.2. Conceituação de Anestesiologia

Em alusão à conceituação acerca anestesiologia, Caderno de Orientação e Política Anestesia e Sedação do Hospital Albert Einstein⁶ preconiza que:

É uma especialidade médica que tem como objetivo proporcionar segurança e conforto aos pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos sem percepção da dor e isentos dos efeitos reflexos indesejáveis do trauma cirúrgico.

2.3. Objetivo da Anestesiologia

Segundo preconiza a Dra. Glória Maria Braga Potério, chefe do Departamento de Anestesiologia/FCM⁷:

O objetivo da anestesia é criar um estado em que haja total ausência de dor durante um ato operatório, exame ou curativo. A anestesia pode ser geral, na qual o paciente dorme durante todo o procedimento, ou regional, na qual apenas uma parte do corpo é anestesiada, podendo o paciente dormir ou não.

⁵ Disponível em: <<http://www.sba.com.br/leigo/oqueeanestesia.asp>>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

⁶ Disponível em: <http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/anestesia/PolíticasInstitucionais_Anestesia%20e%20Sedacao%20no%20HIAE.pdf>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

⁷ Disponível em: <<http://www.hc.unicamp.br/especialidades/esp-anestesiologia.shtml>>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

2.4. Complicações na Anestesiologia

Abarcando o artigo em que enumera os fatores acerca das complicações, o Dr. Artur Udelsmann aduz:

[...]

As complicações da anestesia podem alterar o curso peroperatório ou a recuperação pós-anestésica aumentando a morbimortalidade do ato anestésico cirúrgico. Elas podem ocorrer em função das drogas anestésicas, dos equipamentos utilizados para administrar ou controlar a anestesia, de alterações fisiológicas do paciente ou ainda de falha humana na condição do ato anestésico. Variam de complicações menores sem sequelas e que não prolongam o período de hospitalização, até complicações maiores com sequelas definitivas e prolongamento do tempo de internação ou mesmo a morte.

1) Complicações Menores: hematoma após injeção endovenosa/ cefaleia após anestesia geral/ náuseas e vômitos moderados/ lesão de dentes, gengivas e lábios/ perda de memória/ lembrança do transoperatório/ distúrbios do sono/ mialgias após succinilcolina/ parestias, parestesias ou neurites temporárias;

2) Complicações Moderadas: vômitos prologados/ cefaleia pós-raqui/ embolia pulmonar/ insuficiência cardíaca, respiratória, renal ou hepática reversíveis/ infecção pulmonar/ infarto do miocárdio/ distúrbios psicológicos com lembrança do ato operatório;

3) Complicações Graves: insuficiência cardíaca, respiratória, renal ou hepática irreversíveis/ anóxia cerebral/ morte peroperatória ou no pós-operatório imediato.

As complicações em consequência da anestesia ou sua condução, são mais frequentes no transoperatório ou na recuperação pós-anestésica mas, às vezes, manifestam-se tardiamente tornando o diagnóstico etiológico difícil. Elas podem ser diretamente relacionadas à anestesia ou esta pode somente ter contribuído secundariamente. Artur Udelsman (apud CANGIANNI, 2006, P. 1.029)

3. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

Estas normas foram a base da ética profissional com a qual se mantém fiel aos seus princípios até nos dias de hoje.

Um código deontológico é um conjunto de normas, comportamentos e obrigações que devem pautar a atuação do profissional na sua prática diária. Em todas as profissões, deverá haver um código de ética, que pautará a atuação dos profissionais de forma a defender os interesses da comunidade, salvaguardar o profissional e honrar a profissão⁸.

Existem códigos deontológicos com caráter normativo e vinculativo, ou seja, que obrigam os profissionais de determinada atividade a cumprir com rigor os princípios estabelecidos. Por outro lado há códigos deontológicos cuja função principal será a regulação profissional sendo exclusivamente um instrumento consultivo.

Os códigos têm de estar de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de modo a garantir que não haja, ao abrigo de códigos deontológicos, perigo de abusos por parte de determinado grupo sobre a sociedade em geral.

De acordo com ACHÁVAL em livre tradução:

A deontologia com suas raízes *deontos y lógos*, significando assim um tratado da ciência do saber, necessita de um agregado de qualificação em seu ramo profissional, e neste caso, a profissão médica, a deontologia com a qual se obtém sua restrição na profissão médica. Muitos autores consideram como consequência de certos determinantes. Eis por exemplo A. Menéndez (Ética profissional, p.3, ed. Herrero Hermanos, Sucs. S.A. Ed. Méjico) com que leva o mundo ao seu redor, dos profissionais e dos seguintes elementos: a legislação, a sociedade e em especial o critério de solidariedade, a tradição que vem com legado razoável de regras de cortesia e civilidade da sociedade⁹ (ACHÁVAL, 1996, P. 129).

⁸ Disponível em: <<http://cidadaniactiva-cp1.blogspot.com/2009/02/codigos-deontologicos.html>>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

⁹ La deontología, con sus raíces *deontos y lógos*, significando así el tratado o la ciencia del deber, necesita el agregado que cualifica su rama Profesional; em este caso, entoces, deontología médica com lós caules Optiene su restricción a la profesión médica. Muchos autores la consideran como una consecuencia de ciertos determinantes. Así por ejemplo A. Menéndez (Ética Profesional, 3ª, ed Herrero Hermanos, Sucs. S.A. Ed. Méjico) toma del mundo circundante del Profesional lós siguientes elementos; la legislación, la sociedad y em especial su criterio de solidaridad, la tradición que lega como um legado razonable y las reglas de cortesia y urbanidad de esa sociedad.

Portanto, são normas de conduta que ultrapassam tempo e o espaço uma vez que, o profissional médico deve dispor e adotar as mesmas independentemente das leis vigentes daquele país. Tratam de conduta universal que o médico deve abarcar a mesma ainda na condição de acadêmico.

Caminha lado a lado com as normas judiciárias positivadas pertinentes da atividade profissional que inclusive em determinados casos servem de parâmetro de julgamento para o magistrado haja visto que, existem 118 normas deontológicas dispostas no Código de Ética Médica/2010

Assim, em cumprimento do estabelecido no artigo 4º, “3 - fazer anestesia geral, sem que este esteja presente pelo menos um colega, exceto nos casos de urgência¹⁰”, foi dotado de uma preocupação latente com os princípios deontológicos.

Em vigor, o Código de Ética Médica /2010, não faz referência específica ao anesthesiologista o que, nesse particular são regulados pelas resoluções.

¹⁰ Elenca no outrora em vigor Código de Deontologia Médica, aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro em 24 de outubro de 1944 e oficializado pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945 que instituiu os Conselhos de Medicina "Serviço Nacional de Educação Sanitária, Rio de Janeiro 1949".

4. REGULAMENTAÇÃO E CONDUTA DO MÉDICO PARA EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

O aluno após conclusão do ensino médio estará habilitado a prestar o exame vestibular para o curso de graduação em medicina. Segundo Escolas Medicas¹¹:

[...] existem 180 escolas médicas no país em que oferecem 15.749 vagas dentre as particulares e públicas distribuídas pelo país. O tempo de duração do curso é de 6 anos sendo que, a partir do 5º ano, o acadêmico se torna interno de um Hospital Escola em que exercerá na prática o que lhe foi ministrado no curso de graduação e obviamente acompanhado e monitorado pelo preceptor que vem sem a ser o professor que os orienta no seu exercício clínico. Após 02 anos de internato tendo o acadêmico sobressaído a contento, o mesmo concluirá o curso e poderá exercer a profissão de médico após prestar juramento e receber o registro junto ao CRM – Conselho Regional de Medicina.

A simples graduação não lhe oferece o direito de exercer suas atividades laborais em uma área específica utilizando o termo especialista na divulgação de sua atividade laboral. Isto quer dizer que, ao se formar, o médico que não queira se tornar um profissional generalista, deve pleitear uma vaga na formação de residência médica que é obtido através de concurso em que nesta etapa, o médico optará qual a especialidade deseja atuar.

As especialidades reconhecidas e reguladas por intermédio de um Convênio em fazem parte o Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) convênio este firmado pela Resolução 1845/2008 CFM¹² (Anexo I) que estabelece os critérios para a formação das especialidades reconhecidos ao número de 53, e as áreas de atuação reconhecidas no montante de 54. Estabelece a Resolução os períodos em que cada especialização e área de atuação deverão conter para se tornar especialista para tanto, o médico deverá se submeter ao exame de suficiência aplicado pela Sociedade Brasileira da especialidade reconhecida pelo CFM, AMB E CNRM.

¹¹ Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=1258>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

¹² Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1845_2008.htm>. Acessado em 17 de dez. de 2010.

Uma vez aprovado, o então médico generalista poderá atuar na condição de especialista e ainda, poderá se certificar para área de atuação da especialidade respeitando notadamente os ditames da Resolução 1845/2008 do CFM.

Não se pode deixar de elencar que, a ética caminha lado a lado com o profissional médico e para tanto os Códigos de conduta médica orientam o profissional no sentido norteá-los e ampará-los em suas atividades. Os códigos de ética acompanham a evolução do comportamento da sociedade e a evolução tecnológica da medicina que uma vez que, não o fazendo, tornam-se obsoletos e inaplicáveis.

Abaixo, a relação dos Códigos de Ética Médica já editados no Brasil:

- Código de Moral médica (1929);
- Código de Deontologia Médica (1931);
- Código de Deontologia Médica (1945);
- Código de Ética da Associação Médica Brasileira (1953);
- Código de Ética Médica (1965);
- Código de Ética Médica (1988);
- Código de ética médica (2009).

É importante frisar que os mais primórdios códigos não se confrontam em sua essência com os remanescentes e isso prova que a conduta e as regulações da profissão permanecem imutáveis no respeito da dignidade e o bem estar do ser humano.

4.1. Regulamentação da Especialidade Anestesiologia

Dispondo sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1785/2008 elenca a Resolução sob nº 1845/2008 a despeito das especialidades e celebrando convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), consta no item 2 §3 A

anestesiologia como uma profissão reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em que o requisito para o médico residente pleitear a titulação e certificação da especialidade, o mesmo deverá constar do programa de residência médica (CNRM) em anestesiologia que tem uma duração de 03 anos e em seguida se submeter ao exame de suficiência para obtenção do título da especialidade que vem a ser a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, uma associação civil, sem fins econômicos, fundada em 25 de fevereiro de 1948, por tempo indeterminado, constituída em uma Federação de Associações Regionais, com sede e foro na Cidade do Rio de Janeiro.

Abaixo, os requisitos elencados para inserção nos quadros da sociedade, a SBA - Sociedade Brasileira de Anestesiologia¹³ dos chamados membros aspirantes – adjunto não integrante do quadro oficial de Centros de Ensino e Treinamento (CET) como se segue:

REGULAMENTO PRA ADMISSÃO DE SÓCIOS

CAPÍTULO IV

DOS MEMBROS ASPIRANTES-ADJUNTOS

[...]

Art. 6º - Os novos Membros Aspirantes-adjuntos terão sua inscrição consolidada, após pagamento da anuidade pertinente à categoria, preenchidos os seguintes requisitos:

I - Indicação prévia e por escrito de, no mínimo, dois membros ativos da SBA.

II - Apresentação de comprovante de quitação do Registro Profissional no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

III - Apresentação de Declaração de que cursa uma Residência Médica de Anestesiologia credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Parágrafo único - Esta Declaração deverá ser analisada e aprovada pelo Secretário Geral da SBA.

IV – Comprovação de que é membro da Regional na qual exerce sua atividade na mesma categoria, exceto naqueles estados onde não existam regionais da SBA.

V – A condição de membro aspirante adjunto será renovada anualmente apenas durante o período de curso da Residência Médica de Anestesiologia, desde que efetuado o pagamento da anuidade do exercício vigente e apresentados os documentos comprobatórios do ano em curso, citados nos incisos II, III e IV deste artigo.

VI - Após a conclusão com aprovação na Residência Médica em Anestesiologia, os Membros Aspirantes adjuntos poderão passar a integrar o quadro de Membros Adjuntos, após o pagamento da anuidade pertinente à categoria, e cumpridas as demais exigências estatutárias e regulamentares para a admissão.

Parágrafo único - A anuidade de membro adjunto cobrada aos membros da SBA que mudarem de categoria de aspirante adjunto para adjunto, no período de um ano a contar do término da Residência Médica, terá igual

¹³ Disponível em: <<http://www.sba.com.br/arquivos/estatuto/sba/2011/REGULAMENTO-DA-ADMISSÃO-DE-SÓCIOS.pdf>>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

valor ao fixado para Membro aspirante adjunto.

VII - Após a conclusão com aprovação na Residência Médica em Anestesiologia, os Membros Aspirantes adjuntos poderão passar a integrar o quadro de Membros Ativos, desde que aprovados no exame de suficiência para obtenção do Título de Especialista em Anestesiologia (TEA-SBA/AMB), elaborado pela Comissão de Ensino e Treinamento da SBA.

Os denominados membros-aspirante, fazem o curso de especialização nos Centros de Ensino e Treinamento em Anestesiologia reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia¹⁴ segue-se o seguinte critério de admissão e as respectivas denominações:

ESTATUTO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

CAPÍTULO III

DOS MEMBROS ASPIRANTES

[...]

Art. 5º - Os novos Membros Aspirantes terão sua inscrição homologada após a comunicação oficial do Responsável pelo CET de origem à Comissão de Ensino e Treinamento da SBA de seu ingresso no Curso de Especialização, cumprida a formalidade legal do pagamento da anuída exercício através de sua Regional.

[...]

Art. 11 - São *membros Aspirantes* os médicos em especialização nos Centros de Ensino e Treinamento em Anestesiologia, reconhecidos pela SBA.

[...]

Art. 13 - São *membros Aspirantes-adjuntos* os médicos cursando Residência em Anestesiologia em centro credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, não integrante do quadro oficial de Centros de Ensino e Treinamento credenciados pela SBA.

A Resolução 1845/2008 do CFM ainda determina, que as Sociedades Especializadas ou a de áreas de atuação reconhecidas, comprovem sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.

4.2. Regulamentação Especial do Médico Anestesiologista

Sem prejuízo ao cumprimento do dever ético – profissional do Código de Ética Médica e demais normas, é submetido ao anestesiológico normas emanadas

¹⁴ Disponível em: <<http://www.sba.com.br/arquivos/estatuto/sba/2011/REGULAMENTO-DA-ADMISSÃO-DE-SÓCIOS.pdf>>. Acesso em 17 de dez. de 2010.

pelo Conselho Federal de Medicina no sentido de prover o profissional de forma específica com respeito às normas de conduta operacional de sua atuação que envolve o universo da atividade laboral.

Principiando a abordagem tem-se a Resolução 1802/2006 do CFM¹⁵ (Anexo II) que dispõe sobre a prática do ato anestésico que por sua vez, norteia as condições de segurança da prática que envolve intimamente o profissional anesthesiologista, dota a orientação de como deve proceder o médico antes da realização da anestesia que inclui uma avaliação pré-anestésica inclusive desobriga o autor da avaliação de administrar a anestesia. A responsabilidade de assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança é do diretor clínico da instituição. Instrui a despeito práticas durante a cirurgia inclusive a monitoração contínua da oxigenação, a monitoração contínua da ventilação, os equipamentos, e fármacos materiais mínimos necessários que deverão estar ao alcance dos envolvidos no decorrer da atividade.

Há de se ressaltar na norma, a obrigatoriedade do anesthesiologista na vigilância para com o paciente inclusive na vedação da prática simultânea de anestesia em pacientes distintos e a desobrigação de atuar caso não seja oferecida as condições de segurança necessárias como segue:

[...]

IV – É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

A atenção refere a norma, com relação ao paciente, não cessa no ato cirúrgico. O médico anesthesiologista deve acompanhar o paciente à sala de recuperação pós-anestésica ou CTI conforme o caso e cabe ao anesthesiologista nesta etapa o constante monitoramento de sua pressão arterial , seu estado de consciência, a intensidade da dor, sua oxigenação, e vigilante observância dos batimentos cardíacos por intermédio do cardioscópio.

Oportuno apresentar a opinião do Dr. Irimar de Paula Posso, médico

¹⁵ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1802_2006.htm>. Acesso em 18 de dez. de 2010.

doutorado em anestesiologia, professor associado da Universidade de São Paulo, quando relatou em uma palestra na Escola Paulista de Direito em São Paulo/SP em 06 de março de 2010 alguns pontos importantes acerca a exigência de uma medicação elencada no Anexo IV da resolução presente explanada que será transcrito a seguir:

[...] o fármaco denominado *Dantroleno sódico* cujo obrigatoriedade consta da resolução é raramente utilizada. Ministra essa medicação nos casos raros de hipertemia maligna, que vem a ser excesso de temperatura - sintoma congênito – durante ato cirúrgico porém, existe uma média de 25% de óbitos caso ocorra o sintoma [...].

Nesta oportunidade, o Dr. Irimar Posso enumerou que será transcrito neste capítulo as resoluções mais importantes a despeito da regulamentação especial do médico anestesiológico.

Há de se ressaltar que a resolução abrange os mínimos e necessários cuidados de segurança ao exercício de atuação do médico anestesiológico e por extensão o paciente e a instituição de saúde.

Importante abordar a Resolução 1409/94 do CFM¹⁶ (Anexo III) também forma indireta também abrange o médico anestesiológico uma vez que trata de atos cirúrgicos em que a mesma determina aos médicos que, na prática de atos cirúrgicos e ou endoscópicos em regime ambulatorial, quando em unidade independente do Hospital obedeçam certos critérios de atuação.

Eivado também na segurança, bem estar e na redução de riscos no que tange ao paciente, a Resolução 1409/94 enfoca particularmente a prática de cirurgia ambulatorial dentre outros, dos procedimentos invasivos no ambulatório ou em outra unidade de saúde que não um hospital:

[...] com a utilização de anestesia geral, sedação seja ela venosa ou inalatória ou anestesia loco-regional com doses de anestésico local superiores a 3,5 mg/kg de lidocaína ou dose equipolente de outros anestésicos locais.

A resolução em comento elenca entre outros aspectos, as condições de funcionamento higiênicas, sanitárias e desinfecção da unidade de saúde. Aborda os

¹⁶ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1994/1409_1994.htm>. Acesso em 18 de dez. de 2010.

critérios de seleção do paciente para que não haja uma superlotação desnecessária na unidade tendo em vista que dependendo da gravidade do caso, o paciente deverá ser transferido para outra unidade de saúde.

No item III a Resolução, consta das condições de alta do paciente que focam diretamente ao anesthesiologista, para que não ocorra precipitações na alta nem tão pouco mantê-lo desnecessariamente na unidade como se segue:

[...]

III - Condições de alta do paciente da Unidade:

- a) orientação no tempo e no espaço;
- b) estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;
- c) ausência de náuseas e vômitos;
- d) ausência de dificuldade respiratória;
- e) capacidade de ingerir líquidos;
- f) capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;
- g) sangramento mínimo ou ausente;
- h) ausência de dor de grande intensidade;
- i) ausência de sinais de retenção urinária;
- j) dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pó operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

Continuando a apresentação pelo Dr. Irimar Posso face às resoluções pertinentes à atividade do exercício do anesthesiologista consta a Resolução 1451/95 do CFM¹⁷ (Anexo IV) que regula a estruturação de Prontos Socorros sejam eles públicos ou privados no que tange à prestação de atendimento a situações de urgência-emergência que na oportunidade, define *urgência* “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e *emergência* como sendo a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato”.

Nominalmente chamado à responsabilidade o anesthesiologista é exigido no artigo 2º da resolução em tela da lista profissionais médicos presentes obrigatórios no atendimento ao pronto socorro que deverá conforme a norma, funcionar ininterruptamente e ainda lista no artigo 3º, os equipamentos obrigatórios mínimos da sala de emergência conforme descrito abaixo:

¹⁷ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1451_1995.htm>. Acesso em 18 de dez. de 2010.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência. [...]

A anestesiologia em sua atividade, lida cotidianamente com a evolução de meios mais confortáveis e bem estar do paciente e nesse particular surgem convites por parte de universidades brasileiras, organismos oficiais, Conselhos de Medicina entre outros entes, entretanto, para que o médico estrangeiro possa atuar mesmo em caráter de mera demonstração terá ele de ser submetido às normas da Resolução 1494/98 do CFM¹⁸ (Anexo V) que regula a autorização de médicos estrangeiros no território nacional. O mesmo deve comprovar sua capacidade técnica, sua situação regular de permanência e seguir todos os trâmites de permanência instruídos na resolução em abordagem. Importante salientar que está implícito na resolução no item V a atividade inerente ao anestesiológico no que diz respeito ao pós-operatório como se segue:

[...]

V - descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e sequelas;

Fundamentado na complexidade da anestesia geral, os órgãos vitais com as quais envolvem, e em especial atenção à Odontologia, o CFM editou uma Resolução sob nº 1536/98 (Anexo VI) em que regulamenta esta prática onde a mesma só poderá ser feita em ambiente cirúrgico portanto, diz o artigo 1º da Resolução " Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando a adequada segurança do resultado, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico". Ou seja, o anestesiológico ficará responsável pelos atos médicos pertinentes à sua especialidade chamando para si toda a responsabilidade da prática inclusive no pós-operatório.

¹⁸ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1998/1494_1998.htm>. Acesso em 18 de dez. de 2010.

O artigo 3º da Resolução¹⁹ enfoca de maneira nominal a relação do odontólogo e o médico anesthesiologista no ambiente cirúrgico:

Art. 3º - Os médicos anesthesiologistas só poderão atender as solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução 1363/93.

Deve-se esclarecer que a Resolução 1363/93 citada no artigo, foi revogada pela Resolução 1802/2006 já mencionada, no presente trabalho.

Em prosseguimento às normas de regulamentação do anesthesiologista há de focar a Resolução CFM²⁰ sob nº 1640/02 que normatiza e reconhece um tratamento denominado eletroconvulsoterapia (ECT) elencado no artigo 1º da Resolução como se segue:

Art.1º - A eletroconvulsoterapia (ECT), como método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito, deve ser realizada em ambiente hospitalar.

Surge nominalmente a figura do anesthesiologista no artigo 6º entretanto, a resolução elencada no mesmo foi revogada pela Resolução 1802/2006.

Art 6º - A eletroconvulsoterapia só poderá ser realizada sob procedimento anestésico seguindo as orientações constantes na Resolução CFM nº 1.363/93.

O Conselho Federal de Medicina por intermédio da Resolução 1670/03²¹ estabelece os níveis de sedação e como se deve proceder o médico quanto a prática das mesmas. Nesse particular, deve-se ater quanto ao artigo 2º :

Art. 2º - O médico que realiza o procedimento não pode encarregar-se simultaneamente da administração de sedação profunda/analgesia, devendo isto ficar a cargo de outro médico.

¹⁹ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1998/1536_1998.htm>. Acesso em 18 de dez. de 2010.

²⁰ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1640_2002.htm>. Acesso em 18 de dez. de 2010.

²¹ Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1670_2003.htm>. Acesso em 19 de dez. de 2010.

O artigo veda categoricamente que o profissional médico que realiza a sedação se encarregue simultaneamente da administração da mesma o que nesse caso, desobriga o médico a permanecer ao lado do paciente com a qual sedou.

Também elenca a Resolução 1670/03 em Anexo II os equipamentos adequados para a manutenção da via aérea permeável, os medicamentos para tratamento de intercorrências e eventos adversos e ainda, material para documentação completa do procedimento devendo ficar registrado o uso das medicações e suas doses e efeitos. Portanto, esses foram os pontos mais importantes a destacar a despeito da Resolução 1670/03.

Os acidentes com queimadura se tornam corriqueiros sobretudo em residências onde existem crianças e nem sempre as queimaduras não são superficiais tendo inclusive a necessidade de se proceder enxertos de peles e nesse caso, o anestesiológico se faz necessário. Face a essa necessidade, o Conselho Federal de Medicina editou uma Resolução²² sob nº 1720/04 no artigo 2º:

Art. 2º - É obrigatória e imprescindível a presença do anestesiológico, quando houver necessidade de anestesia geral ou sedação, no tratamento do queimado

Finalizando a brilhante explanação do Dr. Irimar, é destacado a Resolução do CFM²³ sob nº 1711/2003 (Anexo VII), em que reconhece a técnica de lipoaspiração como válida e consagrada dentro do arsenal da cirurgia plástica, com indicações precisas para correções do contorno corporal em relação à distribuição do tecido adiposo subcutâneo em que, mais uma vez destaca o papel nominativo do anestesiológico como segue o artigo 6º:

Art. 6º - Nas sedações endovenosas, bloqueios peridurais, raquianestésias e anestésias gerais é obrigatória a participação do anestesiológico cuja presença só é dispensável quando o ato cirúrgico for de pequeno porte e executado sob anestesia local sem sedação endovenosa”.

²² Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2004/1720_2004.htm>. Acesso em 19 de dez. de 2010.

²³ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1711_2003.htm>. Acesso em 19 de dez. de 2010.

5. RESPONSABILIDADE MÉDICA

5.1. Responsabilidade Civil do Médico

Com a ampliação significativa de informação dos meios de comunicação que de fato, parte da democracia consolidada no Brasil, a população teve maior acesso ao conhecimento e às leis que são elaboradas por um colegiado composto por seus representantes eleitos, a estimulação da participação popular direta no processo político, a cobrança do exercício, a extensão do rol de direitos e aplicação das normas tornam-se mais frequentes e imperiosos. Há de ressaltar entretanto, que o aumento indiscriminado de faculdades de medicina pelo país ocasionando a piora na qualidade do ensino e por vez, o aumento no número de deslizes de atuação, faz com que a responsabilidade civil, por intermédio de suas normas positivadas aflorem com rigor nas relações envolvidas.

As normas de conduta, eficiência, atenção e respeito ao paciente são cada mais exigidas tanto do Conselhos quanto da legislações pertinentes. Figura nesse rol de cumprimento os Conselhos de Medicina num âmbito federal e estadual, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil e ainda, as associações criadas com o intuito de angariar adeptos para processar os médicos fundamentados nos possíveis desvios.

O Código de Defesa do Consumidor²⁴, consta do ordenamento jurídico pela Lei 8078/90, instruiu de forma bastante objetiva a responsabilidade dos profissionais autônomos e prestadores de serviço com as quais, não obstante vozes ao contrário, essa é uma posição predominante na doutrina e nos tribunais. Reza o artigo 14 e parágrafo do CDC:

[...]

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

[...]

²⁴ Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em 19 de dez. de 2010.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

A lei, ao enquadrar os profissionais liberais em seu texto, atinge frontalmente o profissional médico não obstante, o Código de Ética Médica/2010 cita no Capítulo I, Princípios Fundamentais XX “a natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo”.

Neste período, “o princípio contido neste inciso encerra muito mais uma declaração de vontade de que uma situação fática, mas que é facilmente explicável sob o ponto de vista que diferencia a Ética do Direito, e este último, da Justiça”. (DANTAS e COLTRI, 2010, p. 30).

Sabe-se que o teor do exercício do médico não se esmera pela ciência exata. As intercorrências no ato cirúrgico ou clínico, depende de várias nuances inclusive, a reação inesperada do organismo humano independentemente dos estudos e exames ofertados antes de tal procedimento.

No Código Civil/2002 em seu artigo 186 trata a maneira pela qual deve se conduzir com relação a outrem *in verbis*:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Imprudência, negligência e imperícia, são situações que rondam o cotidiano do médico uma vez que, no Brasil, geralmente trabalha sem as mínimas condições, sua formação é precária, o corpo de enfermagem deixa desejar. O diploma legal em tela aborda a despeito da responsabilidade invocando como ato ilícito a possível prática médica em que se enquadra:

[...]

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

[...]

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa

exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu

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.

Nota-se que o artigo 951 a responsabilidade civil do médico está estabelecida como ato próprio. Na prática, o paciente ou familiares que se sentem prejudicados pelo médico, recorrem a essas normas e intentam uma ação de indenização na área cível.

O Desembargador Miguel Kfoury Neto, por ocasião de uma palestra realizada na Escola Paulista de Direito em São Paulo/SP em 23 de outubro 2010 elencou a despeito da prova *prima facie* “que vem a ser a prova óbvia ou hipótese de presunção de culpa a que são submetidos os profissionais médicos” que nesse caso, elegeu as principais como se segue:

- a) Esquecimento de corpo estranho no organismo do doente;
- b) Graves lesões provocadas pelo fórceps (nesse caso, pode ser ilidida com uma prova ao contrário);
- c) Lesões nervosas no caso de gesso e sangria;
- d) Queimaduras raio X;
- e) Queimaduras de bisturi elétrico;
- f) Dissecção da artéria femoral ao invés de veia;
- g) Lesão dentária (no caso de entubação);
- h) Cirurgia do lado errado (p.ex. amputar a perna direita ao invés da esquerda).

5.2. Responsabilidade Civil do Médico Anestesiologista

Não há dúvida que, o anestesiologista a exemplo do cirurgião plástico, lideram as obras doutrinárias a despeito da responsabilidade civil e suas obrigações quando do exercício de atividades médicas. Prova tanto, o emaranhado de resoluções por parte do CFM que tratam da especialidade anestesiologia comprova que, a mesma detêm um alto grau de risco, complexidade e comprometimento para com o paciente portanto, o grau de responsabilidade do profissional médico anestesiologista se equipara a qualquer especialidade porém, estão intimamente

ligados a uma tarefa onde os órgãos vitais do ser humano estão sendo monitorados o que em regra, ocorre sob efeito de sedação.

MATIELLO afirma que o anestesiológico é o responsável exclusivo de suas ações:

Via de regra, é responsável exclusivo pelos resultados danosos oriundos da indevida condução da tarefa, sem que se comuniquem ao cirurgião as obrigações originadas de danos produzidos ao paciente, por sua culpa. É que o procedimento de anestesia dissocia-se da operação em si, pois seus objetivos são diferentes e independem imediatamente uns dos outros. A anestesia visa inebriar o paciente permitindo ao cirurgião realizar de forma indolor a intervenção planejada, mas o resultado desta não é interligado ao do procedimento anestésico, nem este se vincula ao sucesso técnico da operação (MATIELLO, 2006, p. 123).

O Código de Ética Médica²⁵/2010 diz nos Princípios Fundamentais, Capítulo I, XIX: “O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência”.

Quanto ao artigo citado, comenta DANTAS e COLTRI:

[...] tanto o CDC quanto o Código de Ética Médica, que, 1) a responsabilidade do médico será sempre pessoal, ou seja, apurada mediante a comprovação de que o ato profissional foi por ele realizado, e 2) esta responsabilidade sempre prescindirá da verificação da culpa em seu atuar (DANTAS e COLTRIL 2010, p. 29).

O chamamento pessoal do profissional médico em voga, caracteriza no caso do anestesiológico que, não obstante sua atividade ser em equipe, os nela envolvidos respondem unilateralmente pelos seus atos. No caso específico de uma cirurgia, existe a possibilidade de caracterizar se o dano ocorreu pelo ato da cirurgia ou pelo ato anestésico.

O Desembargador KFOURI reforça o coro da responsabilidade individual do anestesiológico:

A responsabilidade do anestesista é individual nos períodos pré e pós operatórios. Durante o ato cirúrgico, no interior da sala de operação, há que examinar possível culpa concorrente. Quanto à anestesia, não se pode imputar culpa ao cirurgião. O anestesista é autônomo e seu campo de

²⁵ Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em 19 de dez. de 2010.

atuação é distinto. O quadro fático, porém, é de difícil análise: as competências se interferem e superpõem. Só o exame do caso concreto indicará as conclusões apropriadas (KFOURI, 2010, p. 170-171).

A autonomia e por extensão, a responsabilidade individual do médico é amparada no Código de Ética Médica/2010²⁶ no Capítulo I, Princípios Fundamentais, XVI:

Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição pública, ou privada, limitará a escolha do médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo, quando em benefício do paciente.

O professor VELOSO tece o seguinte comentário com relação à essa disposição:

[...] O princípio técnico da liberdade de trabalho deve ser respeitado para que a profissão tenha a necessária desenvoltura de que ela necessita para seu efetivo interesse social [...] Quando o médico atende um paciente que necessita de forma imperiosa de um procedimento assistencial, legalmente ele está muito mais próximo deste do que da instituição para a qual ele presta serviço (VELOSO, 2010, p. 32).

Na análise de ZAMPROGNA sobre a faculdade de o médico anestesiológico estipular o fármaco ou a conduta, afirma:

Ao anestesiológico é facultado optar pela modalidade de analgésico que julgar mais conveniente ao caso tratado, bem assim em relação à extensão da anestesia, se raquidiana, local, geral etc. Haverá responsabilização, contudo, na hipótese de a escolha recair sobre modalidade ou fármaco que se mostre notoriamente contraindicado ou inviável, fato revelador de imperícia, ou, no mínimo, negligência no tocante às cautelas básicas que devem anteceder à aplicação do medicamento [...] Em circunstâncias que revelem evidente equívoco na opção, a superveniência de dano acarretará ao anestesiológico o dever de indenizar [...] Ao profissional, como exaustivamente mencionado, não é lícito aumentar os riscos além dos necessariamente suportáveis, de acordo com o quadro clínico concretamente vislumbrado. Tudo mais ocorre por conta da assunção, do facultativo, de um perigo que originalmente inexistia, motivo porque arcará com o ônus de resultados danosos produzidos a partir da culpa (ZAMPROGNA, 2006, p. 125).

²⁶ Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em 19 de dez. de 2010.

Finalmente, demonstra ZAMPROGNA a despeito da relação do anestesiológico e o hospital:

A responsabilidade do anestesiológico pode acarretar igualmente a do nosocômio onde se realizou o procedimento danoso, por culpa *in eligendo* ou *in vigilando*, em especial quando constatada a existência de vínculo laboral entre o estabelecimento de saúde e o agente. Por óbvio, aplicáveis igualmente as regras da responsabilidade objetiva do hospital na prestação dos serviços, com base no Código de Defesa do Consumidor, não obstante sobre o profissional somente possa recair a responsabilidade subjetiva, fundada na culpa (ZAMPROGNA, 2006, p. 126).

5.2.1. Da Obrigação de Meio ou Obrigação de Fim?

Corrente majoritária da doutrina e jurisprudência abarcam a tese que há uma relação contratual entre o médico e o paciente, sua responsabilidade é subjetiva que nesse caso quem acusa deve provar, partindo do princípio que o médico não agiu com culpa e há a possibilidade da inversão do ônus da prova em que no caso, o réu – médico - teria que provar sua inocência.

Destaque nesse raciocínio que o profissional médico em todas as suas ações clínicas trabalhou com empenho e dedicação, cuidando zelosamente do paciente e que, por uma fatalidade, uma situação alheia ao seu controle ocorreu um lamentável dano.

Não cabe estabelecer um tratamento igualitário entre um prestador de serviços como p.ex. um construtor ou uma concessionária de veículos para o adimplemento de uma obrigação. Os exemplos retro citados são obrigações de resultado. A primeira de fazer a coisa e a segunda de entregar a coisa. São obrigações certas e fungíveis. Com relação ao trabalho médico, a situação se difere sobremaneira. A obrigação é de meio e a obrigação do médico anestesiológico é sempre agir com responsabilidade e vigilância, tendo em vista a dificuldade de prever algo indeterminado para o cumprimento da obrigação.

Importante registrar a posição do Conselho Federal de Medicina²⁷ a respeito da forma de cumprimento das obrigações referente ao profissional médico

²⁷ Disponível em: <Siteportalmedico.org.br/pareceres/cfm/2004/22_2004.htm>. Acesso em 20 de dez. de 2010.

em que, através do Parecer 22/2004, preconiza:

EMENTA: I - O médico, pela natureza de seu trabalho, não pode garantir resultado do tratamento que faz, o que é reconhecido pelo próprio Código de Defesa do Consumidor, que o obriga a responder por responsabilidade subjetiva (determinação da culpa), quando for acusado.

Em síntese, o médico não se obriga a restituir a saúde do paciente sobre seus cuidados “mas, a conduzir-se com sua diligência na aplicação dos conhecimentos científicos, para colimar, tanto quanto possível” (CHAVES, 1985, p. 396)

Comumente recai sobre o médico cirurgião plástico, a ideia que sua responsabilidade é de resultado. Há de perguntar se aquilo é belo ou não. O conceito de feio e bonito está intimamente ligado na maneira de ver das pessoas portanto, é comum uns acharem alguém bonito e o outro feio. Entretanto, se o cirurgião cometeu uma deformação no local da reparação ou prometeu ao paciente que após a cirurgia a mesma ficaria idêntica à foto de uma bela artista a situação se inverte. Promessa de resultado não se concebe na relação médico-paciente. O profissional deve prometer empenho, dedicação e as práticas avançadas que a medicina dispõe.

O doutor SOUZA assevera:

O médico e o paciente são pois, sujeitos de uma relação jurídica – um contrato. Este contrato tem como seu objeto, via de regra, uma obrigação de meios. E, esta relação médico-paciente em caso de necessidade de indenização, em juízo, pelo médico ao paciente, de prejuízo que este porventura venha a ter decorrente do atendimento que lhe foi prestado, é regida pelos conceitos jurídicos da responsabilidade subjetiva (SOUZA, 2008, p. 67).

Para ilustrar o raciocínio, foi anexado a Emenda do Recurso Especial nº1.104.664-RS cujo relator é o Ministro Massami Uyeda em que preconiza no texto da referida (Anexo VIII) a obrigação de meio do ato cirúrgico e sua consequente responsabilidade subjetiva. Ocorre que, o impetrante no chamamento da ação, preconizou como tema principal a *teoria da perda de uma chance* teoria de origem francesa, que nos ensinamentos conceituais “a expressão perda de uma chance significa no âmbito jurídico, a probabilidade de obtenção de lucratividade ou de evitação de uma perda” (DO ROZÁRIO, 2009, p. 7).

A teoria tem sido largamente aplicada pelo impetrante de ações contra

profissionais médicos uma vez que argumenta-se que o mesmo deixou de fazer algo na hora devida. Argumento de fácil entendimento e difícil aplicação nesse particular entretanto, vem sendo utilizada de forma pouco ortodoxa do nexo de causalidade. Segue abaixo a posição de DA SILVA quanto a esse respeito:

A impossibilidade de se provar que a perda da vantagem esperada (dano final) é a consequência certa e direta da conduta do réu faz com que o operador do direito passe a lançar mão de estimativas e probabilidades. Como tais estimativas podem ser medidas com certo grau de precisão, a ciência jurídica vem aceitando a reparação da perda de uma chance, ora como espécie típica do dano, ora como utilização pouco ortodoxa do nexo de causalidade (DA SILVA, 2009, p. 115).

Encontra-se na doutrina voz dissonante a respeito da responsabilidade de meio. O professor MELO assevera essa a corrente que o anestesista se submete obrigação de resultado como se:

A responsabilidade do médico anestesista enseja uma obrigação de resultado, mediante a qual o profissional se compromete com o anestésico o paciente, retirando-lhe a dor e fazendo-o dormir e, após a intervenção cirúrgica, reanimá-lo trazendo-o de volta às condições normais, sem deixar sequelas, pouco importando o procedimento empregado (MELO, 2008, p. 109).

Ainda segundo o professor Melo, Vanderby Lacerda Panasco em sua obra comunga essa ideia. Continuando o texto da mesma obra, professor MELO tece o argumento com uma posição do ministro Ruy Rosado:

[...] assume uma obrigação de resultado, desde que tenha tido a oportunidade de avaliar o paciente antes da intervenção, e se pode concluir pela existência de condições para a anestesia, de tal sorte que terá assumida a obrigação de resultado (MELO, 2008, p. 122).

Apresenta-se em livre tradução²⁸ a respeito do tema, do professor

²⁸ Puede advertirse entonces que habiendo opiniones disímiles, la conducta del anestesista puede ser juzgada como Obligación de medios o de resultado, según el juez que lo analice, produciendo ello una enorme inseguridad jurídica. No es posible calificar la diligencia como de resultado. porque, ello importa un simplificación burda de la prestación asumida por el galeno. Si el resultado fuera el adormecimiento del paciente, normalmente cumpliría siempre con la prestación a su cargo; si en cambio el resultado fuera la curación, no podría prometerlo el anestesista porque no es el quien cura sino quien aporta una técnica auxiliar para que sea posible la intervención quirúrgica con menos dolor. Si resultado fuera quitar indolor, tampoco sería posible, porque éste siempre, sobre todo posaanestésico.

Por otra parte, exigiéndosele un resultado, el anestesista respondería objetivamente, eximiéndose sólo con la prueba de la ruptura del nexo causal.

En muchos casos el anestesista actúa correctamente pero el desenlace es fatal. La muerte es inexplicable

argentino LORENZETTI:

Você pode então anunciar ter opiniões diferentes, a realização de anestesia pode ser julgada como uma obrigação de meios ou de resultado, de acordo com o juiz para analisá-lo, produziu uma enorme incerteza jurídica. Não é possível descrever os cuidados e os resultados. porque é importante uma simplificação grosseira da prestação tomada pelo médico. Se o resultado for o entorpecimento do paciente, geralmente fornecido com a prestação estaria a cumprir os seus dependentes, se em vez disso, o resultado é a cura, o anestesista não podia prometer isso porque não é ele quem cura, mas que fornece ajuda técnica para que seja possível a cirurgia com menos dor. Se os resultados podem ser extraídos de forma indolor, não é possível, pois ele sempre especialmente posaanestésico.

Além disso, forçado a dar resultado, o anestesista venha responder objetivamente, isentando apenas a prova da ruptura do nexo de causalidade.

Em muitos casos o anestesista atua corretamente porém, o resultado é fatal. A morte é inexplicável, porque ele tem margem de risco da anestesia, neste caso, seria a cargo do profissional, incapaz de explicar. Assim, nestes casos, o anestesista seria responsável pelas limitações da ciência para não ser capaz de demonstrar sua falta de culpa. Como temos defendido, e posicionando-nos em uma posição de destaque supera *tanto* o anesthesiologista como qualquer médico devem tomar todas as medidas adequadas para a finalidade prevista (LORENZETTI, p. 277-278).

Toda a lógica desenvolvida e citada neste item, tem por finalidade demonstrar que, a questão é controversa e existe algumas vozes dissonantes, na qual essas afirmam que o profissional médico não está submetido à obrigação de resultado desde, suas ações não o prometa. Segue em anexo (Anexo IX) Recurso Especial nº 81101-PR²⁹, do Ministro Carlos Alberto Menezes Direito a despeito do controverso tema.

5.2.2. Mecanismos de Prevenção na Atuação Profissional do Anesthesiologista

5.2.2.1. Dos Aspectos Administrativos

É importante elencar opinião do Dr. Irimar de Paula Posso, médico

porque la anestesia tiene un margen de riesgo que, en este supuesto, sería a cargo del profesional, al no poder explicarlo. De tal modo, en estos casos el anestesista sería responsable por las limitaciones de la ciencia al no poder demostrar su falta de culpa.

Como lo venimos sosteniendo, y ubicándonos en una postura superadora de la distinción, tanto el anestesista com el médico deben poner todos los medios adecuados para el fin propuesto.

²⁹ Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/jsp/ita/abreDocumento.jsp?num_registro=199500631709&dtpu_blicacao=31-05-1999&cod_tipo_documento=1>. Acesso em 20 de dez. de 2010.

doutorado em anestesiologia, professor associado da Universidade de São Paulo, quando relatou em uma palestra na Escola Paulista de Direito em São Paulo/SP em 06 de março de 2010 a despeito dos cuidados e as providências de cunho administrativo que o anestesiológico deve implementar no estágio pré e pós operatório. São eles:

Na fase pré-operatório:

Deverá ter um prontuário do anestesiológico e as condições gerais do paciente que deverá conter:

- a) Ficha de avaliação pré-anestésica (indagar ao paciente acerca de resistência à anestesia ou se ocorreu com algum familiar);
- b) Termo de Consentimento Informado (TCI);
- c) Exames laboratoriais (não obrigatório);
- d) Diagnóstico da indicação terapêutica para que não seja ministrado a anestesia inadequada;
- e) Ficha de recuperação anestésica;
- f) Ficha de anestesia (ANEXO)
- g) Prescrição médica que deverá conter a ministração pré-anestésica ou se for o caso, anotar sua desnecessidade;
- h) Alta anestésica;

O Termo de Consentimento Informado (TCI) é uma das ferramentas mais eficazes em defesa do profissional médico que deverá ser apresentado ao paciente ou representante legal com duas testemunhas, informando todos os procedimentos, passos a serem percorridos no ambiente cirúrgico inclusive, é normatizado no Código de Ética Médica/2010³⁰, artigo 22:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte

Portanto, não precisa ser firmado para produzir efeitos como consta de um Processo-Consulta CFM Nº 8.334/2000³¹ – Parecer CFM nº22/2004:

II - O consentimento esclarecido não precisa ser firmado para produzir efeitos, salvo em casos de pesquisa médica ou quando tratar-se de cirurgias mutiladoras necessárias para preservar a vida do paciente.

³⁰ Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em 20 de dez. de 2010.

³¹ Disponível em: <portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2004/22_2004.htm>. Acessado em 20 de dez. de 2010.

Prosseguindo a palestra, o Dr. Irimar aduz o teor e as informações que deveram estar contidas no TCI:

- a) Nome do médico que explicou o procedimento anestésico;
- b) Data;
- c) Nome do paciente;
- d) Condições gerais do paciente;
- e) Tipo de anestesia a ser ministrada;
- f) Explicação do procedimento anestésico;
- g) Explicação dos riscos anestésicos;
- h) Esclarecer eventuais técnicas anestésicas alternativas que por ventura poderá ser utilizada, com seus prognósticos e riscos;
- i) Informação da não garantia do sucesso da anestesia entretanto, esclarecer que usará de todo conhecimento e técnicas;
- j) Informar que a anestesia poderá ser aplicada por profissional anesthesiologista diverso;
- k) Afirmação do paciente de que fez todas as perguntas sendo sanada todas suas dúvidas e que está plenamente esclarecido com relação ao que foi explicado;
- l) Assinatura do paciente ou representante;
- m) Assinatura de duas testemunhas;
- n) Assinatura do médico que prestou a informação.

5.2.2.2. Dos Aspectos Clínicos

- 1) No decorrer operatório: (à cada 5 "):
 - a) Monitoramento da frequência cardíaca;
 - b) Monitoramento da pressão arterial;
 - c) Monitoramento da saturação do oxigênio;
 - d) Gás carbônico expirado;
 - e) Constante e ininterrupto monitoramento;
 - f) Presença constante na sala cirúrgica.
- 2) No pós-operatório:
 - a) O paciente não poderá estar disperso;
 - b) O paciente não deverá estar com bexiga cheia;
 - c) Ausência de vômitos;
 - d) Observar respiração;
 - e) O paciente deverá estar consciente;
 - f) Monitorar a intensidade da dor.

A alta de recuperação anestésica é de exclusiva responsabilidade do anesthesiologista. O paciente permanecerá na sala cirúrgica ou será transferido para a sala de recuperação anestésica que, nesse caso, será acompanhado pelo anesthesiologista até que ocorra a recuperação anestésica e a devida alta ao

paciente concedida pelo anesthesiologista.

Nesse sentido, foi anexado (Anexo X) um acórdão sob nº REsp. 880.349³² que cita Noé elementos dos autos a culpa anesthesiologista exclusiva em liberar a paciente precocemente em que a mesma sofreu parada cardiorrespiratória e foi a óbito.

Prosseguindo a palestra, o Dr. Irimar:

3) *Dos cuidados:*

- a) Exercer cautela e clareza ao informar algo ao paciente ou familiares;
- b) Não indicar técnica sem respaldo científico;
- c) Não realizar procedimentos sem comprovação técnica;
- d) Não trabalhar sem recursos;
- e) Não assumir dévios técnicos;
- f) Não oferece vantagens ao paciente ou familiares;
- g) Agir sempre com responsabilidade;
- h) Vigilância;
- i) Competência;
- j) Prudência;
- k) Cautela;
- l) Perícia;
- m) Zelo.

A professora GIOSTRI lista em sua obra cita alguns pontos importantes acerca o tema que originalmente é de Luodet e Miranda, citada, inclusive, por Aguiar Dias e, atualizou de acordo com a jurisprudência e o Conselho Federal de Medicina no sentido orientar os anesthesiologistas:

- 1) O risco representado pela anestesia não deve ser maior que o risco da cirurgia em si;
- 2) O ato anestésico – a não ser em condições precisas e especialíssimas deve ter o consentimento informado do paciente ou de seus representantes legais;
- 3) A anestesia deve ser sempre precedida de exames prévios e entrevista pessoal com o paciente, daí advindo a possibilidade de uma melhor avaliação física e de uma confiança maior por parte do doente em relação ao profissional e ao próprio ato cirúrgico;
- 4) Conferir os frascos de todos os medicamentos a serem utilizados antes do ato anestésico, bem assim as saídas dos condutores de gás (usa-se atualmente em algumas unidades óxido nitroso, oxigênio e ar comprimido);
- 5) Instrumentos e aparelhos pertinentes ao ato anestésico devem ser testados pelo anesthesiologista antes que aquele se inicie;
- 6) Proceder o ato anestésico em presença de membros da equipe cirúrgica;
- 7) Não se afastar, jamais, e sob pretexto algum, da cabeceira do paciente anestesiado;

³² Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sLink=ATC&sSeq=12854557&sReg=200601873904&sData=20101213&sTipo=5&formato=PDF>. Acesso em 20 de dez. de 2010.

- 8) Não deixar subalterno, alheio à especialidade, responsável pelo ato anestésico, seja no seu início, meio ou fim (GIOSTRI, 2009, p. 54).

5.3. Responsabilidade dos demais Membros da Equipe Cirúrgica em Relação ao Anestesiologista

Com o avanço e legalização obrigatória nas especialidades, o profissional médico para se tornar especialista passa por um processo rigoroso e por extensão, adquire a individualização de sua atividade com suas respectivas responsabilidades, deveres e obrigações. A doutrina e jurisprudência entendem que em não havendo subordinação entre o cirurgião-chefe e o médico anestesiologista, - o que é recorrente - há de se separar as responsabilidades não existindo nesse caso, a solidariedade. Se o anestesiologista é cativo e reconhecidamente partícipe da equipe do cirurgião-chefe, existe solidariedade evidentemente estando a observar o caso concreto.

Na cirurgia, tem-se a figura do cirurgião-chefe da equipe, todavia, será observado a seguir, doutrinadores que defendem a posição da autonomia do anestesiologista em função inclusive, do avanço das técnicas cirúrgicas com seus equipamentos e outros, defendem outra ou outras posições.

O renomado desembargador FILHO preconiza:

Embora a equipe médica atue em conjunto, não há, só por isso, solidariedade entre todos que a integram. Será preciso apurar que tipo de relação jurídica há entre eles. Se atuam como profissionais autônomos, cada qual em sua especialidade, a responsabilidade será individualizada, cada um respondendo pelos seus próprios atos, de acordo com as regras que disciplinam o nexo de causalidade (FILHO, 2007, p. 364-366).

Prosseguindo o raciocínio, Filho enumera a decisão do oriundo TJRJ, o REsp 53.104 STJ³³ (Anexo XI), que trata de indenização por erro médico como se segue:

³³ Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/jsp/ita/abreDocumento.jsp?num_registro=199400260229&dt_publicacao=16-06-1997&cod_tipo_documento=1>. Acesso em 20 de dez. de 2010.

[...] “Ação de Indenização” – Erro Médico – Responsabilidade solidária do cirurgião (culpa *in eligendo*) e do anestesista reconhecida pelo acórdão recorrido – Matéria de prova. I – O médico-chefe é quem se presume responsável, em princípio, pelos danos ocorridos em cirurgia, pois, no comando dos trabalhos, sob suas ordens é que executam-se os atos necessários ao bom desempenho da intervenção. II – Da avaliação fática resultou comprovada a responsabilidade solidária do cirurgião (quanto ao aspecto *in eligendo*) e do anestesista pelo dano causado.

FILHO segue apresentando a motivação do voto do Relator, Min. Waldemar Zveiter:

Reconheço que, com o desenvolvimento das especialidades médicas, a tendência da doutrina, inclusive do Direito Estrangeiro, é a de se considerar separadamente a responsabilidade do anestesista e do cirurgião em face da capacitação própria em razão das funções específicas de cada médico. Todavia, em razão mesmo dessa especialização e do progresso alcançado devido às novas técnicas, diversificando as especialidades, em cada ramo da ciência médica desenvolveu-se a formação da *equipe médica*, notadamente nos atos cirúrgicos. Por isso que, na opinião de René Savatier, o médico-chefe é quem se presume responsável, em princípio, pelos danos ocorridos, pois, no comando dos trabalhos, sob suas ordens, executam-se os atos necessários ao bom desempenho da intervenção. Assim, a apuração depende do exame do caso concreto. Individualmente há a responsabilidade do anestesista quando se cuida de atos praticados no pré ou pós operatório. Porém, dentro da sala de cirurgia, como sucede no caso em exame, aquela se apura consoante a prova realizada nos autos para a verificação da culpa e do grau em que concorreu o agente e se atribuível exclusivamente ao anestesista ou não (FILHO, 2007, p. 364-366).

Diante o exposto do ministro, FILHO reage:

Onde há culpa do cirurgião? Repito: o anestesista não é seu preposto [...] Estou convencido, tal sustentado no acórdão apontado como divergente, que se pode perfeitamente separar a responsabilidade de um e de outro. Existirá essa, para o cirurgião, em decorrência dos atos que praticar, seja intervindo diretamente no paciente, seja na orientação a transmitir. Esse entendimento não se afasta do sustentado por Savatier, como exposto pelo eminente Relator. Na medida em que errar, no comando dos trabalhos, poderá ser responsabilizado. Coisa diversa, entretanto, será pretender que, apenas dirigir a intervenção cirúrgica, deva responder por eventuais falhas na anestesia, ligadas a atos que digam especificamente com os misteres desse. Tal responsabilidade não reconheço (FILHO, 2007, p. 364-366)..

Conceitua FILHO na referida obra:

Na vigência do Código de 1916 falava-se em culpa *in eligendo* para caracterizar a má escolha do preposto. A culpa do patrão ou comitente era presumida pelo ato culposo do empregado ou preposto, consoante a Súmula 341 do Supremo Tribunal Federal, em razão da má escolha do mesmo. A culpa *in vigilando*, por sua vez, decorria da falta de atenção ou cuidado com o procedimento de outrem que estava sob a guarda ou responsabilidade do agente (FILHO, 2007, p. 38).

O professor BRANCO, enfoca o tema em artigo que, não existe relação de subordinação entre o cirurgião-chefe e o anestesiológico todavia, havendo preposição de um profissional sobre o outro comunicam-se as responsabilidades:

[...] é importante a noção de que nos dias atuais, com níveis de especialização cada vez maior, a atuação conjunta, a formação de equipes para realização de cirurgias é algo indispensável, motivo pela qual, atribuir responsabilidade ao cirurgião dos atos autônomos dos demais é extremamente difícil.

Esta dificuldade resulta de que hoje não há uma relação de subordinação acentuada entre o anestesista e o cirurgião, o que não exclui, por outro lado certa responsabilidade pela integração dos trabalhos desenvolvidos.

A responsabilidade de um profissional pela intervenção de outro, pela característica da liberdade, só existirá se houver a preposição de um profissional sobre outro, quando um age sob direção de outro. Nos demais casos, a responsabilidade de cada um é autônoma na sua esfera de atuação (BRANCO, 2010, p. 571).

Cabe assinalar a posição do desembargador CARVALHO que, em sua opinião, também participa da ideia da responsabilidade não ser solidária em não havendo subordinação como se segue:

[...] com efeito, através da distribuição de danos, é possível atribuir-se à cada médico participante de um mesmo ato cirúrgico uma determinada tarefa, possibilitando, assim, a verificação do dano e da correspondente responsabilidade. Daí conclui-se que, identificado o erro ou a falha do serviço, é possível imputar-se a responsabilidade a quem, efetiva e diretamente, deu causa ao resultado, excluindo-se os demais participantes da empreitada cirúrgica.

Segue comentando caso haja subordinação:

Por outro lado, em determinadas ocasiões, é também comum ter-se a frente desse grupo um médico responsável que, contando com auxiliares diretos e sob seu exclusivo comando, mantém a condução de todo o processo cirúrgico. Detém, em outras palavras, o poder de controle da coordenação. Aliás, como assevera Alberto Bueres, o mais provável é que o enfermo não conheça mais do que a esse facultativo chefe - ao menos nas intervenções comuns - com quem está juridicamente vinculado, razão pela qual o médico principal, à margem de seu dever por sua atividade própria, responda contratualmente pelos danos causados pelos demais componentes de sua equipe, enquanto estes revistam a qualidade de auxiliares do médico chefe. E é exatamente por estar no comando da equipe médica que a este é atribuída a responsabilidade pelos danos causados ao paciente, já que os médicos auxiliares, na qualidade de meros ajudantes, apenas executam tarefas sob a ordem permanente supervisão do chefe (CARVALHO, 2009, p. 181-182).

O professor MELO expõe sua posição:

Na prática, individualizar essas funções não é tarefa fácil, tendo em vista que, as atividades interferem uma nas outras e, em muitos casos, se sobrepõem. Quer dizer, o problema fica por conta da repartição das atividades e, por conseguinte, das responsabilidades pelos atos que se possam individualizar. De toda forma, pode existir responsabilidade solidária entre o anestesista e o chefe da equipe médica, ou mesmo dele com o hospital. Ruy Rosado de Aguiar destaca bem as duas situações: *“uma vez demonstrada a causalidade exclusiva do ato anestésico, sem a concorrência do cirurgião, isto é, sem que este pratique atos ou expeça ordens contrárias ao recomendado pelo anestesista, não há razão para imputação do cirurgião; porém, se foi ele quem escolheu o anestesista, poderá responder pela culpa in eligendo. De outro lado, “integrando o anestesista o quadro médico do hospital, sem possibilidade de escolha pelo paciente, mesmo assim normalmente surge uma relação contratual entre o anestesista e o paciente, que é por ele previamente examinado e dele recebe cuidados prévios (Penneau, La Reponsabilité Médicale, pág 293), razão pela qual respondem tanto o hospital quanto o anestesista solidariamente”* (MELO, 2008, p. 110).

Com raciocínio equivalente, todavia, vai além STOCO comenta:

Nota-se na doutrina e na jurisprudência francesa uma certa tendência em considerar autônoma a responsabilidade do anestesista, até mesmo em relação ao cirurgião (c.f. Philippe Le Tourneur. La Reponsabilité Civile, Dalloz, 1976, p. 1.172-1.173). Contudo, caso fique caracterizado o trabalho de equipe, sem a possibilidade de identificar a atuação de cada qual, impõe-se responsabilizar todos, e não só o anestesista ou chefe da equipe (STOCO, 2007, p. 560).

Ademais, como constam as opiniões, há de se verificar a responsabilidade individual ou solidária, associado ao caso concreto.

CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido teve o objetivo de esclarecer e aludir as normas pertinentes do universo da responsabilidade civil no tocante ao médico e com uma profundez maior, as pertinências, regulações e obrigações do especialista em anestesia quem ver a ser o anesthesiologista.

Notadamente com em qualquer ramo do direito existem controversas e nesse particular, há discordância à despeito dos institutos, das obrigações, das garantias, enfim, ponto por ponto abordado, o que levou na execução do trabalho pesquisas no sentido de expor pensamento de doutrinadores que estão intimamente ligados a esse tema para proporcionar uma fidelidade maior no que tange a predominância do assunto.

Importante salientar sob a ótica positivista, a vinculação direta do Código de Defesa do Consumidor com seu apelo consumerista, o Código Civil com suas nuances pecuniárias e implicações, o Conselho Federal de Medicina no seu ciente papel e por fim, em função da gravidade da má-prática médica, torna-se imperioso aplicá-los na gravidade que a norma impõe.

Percebeu-se através do mesmo a magnitude de relações que nesse particular, abrange inclusive a esperança e a sensibilidade uma vez que, cada ato de cura é festejado como o renascer de uma nova vida.

Paradoxalmente, sensibilidades a parte, não deve faltar ao anesthesiologista a serenidade e vigilância necessárias para cumprir seu intento.

Finalmente, observou-se quão importante foi a pesquisa, a catalogação, a formalidade de elaboração que sem sombra de dúvida foi extremamente importante e necessário e sobretudo um agregado fator de aprendizado.

REFERÊNCIAS

ACHÁVAL, A. **Responsabilidad Civil del Medico**. 2 ed. Abeledo-Perrot, 1996.

BOULOS, D. **Jornal Valor Econômico**. 11/09/2003 ed. 486º.

BRANCO, G. L. C. **Doutrinas Essenciais Responsabilidade Civil**. 2 ed. RT edição especial, 2010 . Vol. V.

BRASIL, Código Civil/2002.

BRASIL, **Constituição da República Federativa 1988**.

CANGIANNI, L. M. **Tratado de Anestesiologia**. 6 ed. Atheneu, 2006. Vol. 2.

CARDOZO, H. A. **História Dinâmica da Responsabilidade Civil**. Campinas-SP: Bookseller, 2005.

CARVALHO DE, J. C. M. **Iatrogênia e Erro Médico**. 3 ed. Lumen Juris, 2009.

CHAVES, A. **Tratado do Direito Civil**. 1985. VI.3.

DA SILVA, R. P. **Responsabilidade Civil Pela Perda de Uma Chance**. 2 ed. Atlas, 2009.

DANTAS, E.; COLTRI, M. **Comentários ao Código de Ética Médica**. GZ, 2010.

DIAS, J. A. **Da responsabilidade Civil**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro - Responsabilidade Civil**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. Vol. 7.

DO ROSÁRIO, G. C. M. **A Perda da Chance de Cura na responsabilidade Civil Médica**. Lumen Juris, 2009.

ESCOLA PAULISTA DE DIREITO: **MONOGRAFIA: NORMAS, ORIENTAÇÕES, PROCEDIMENTOS E MODELOS** Portaria EPD nº. 003/2008, de 18 de julho de 2008.

FILHO, S. C. **Programa de Responsabilidade Civil**. 7 ed. Rev. e ampliada. São Paulo: Atlas, 2007.

FRANÇA, G. V. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 6 ed. Guanabara Koogan, 2010.

GIOSTRI, H. T. **Erro Médico À Luz da Jurisprudência Comentada**. 6 ed. Juruá, 2009.

GONÇALVES, C. R. **Responsabilidade Civil**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

HOUAISS, A. **Dicionário de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

LISBOA, R. S. **Manual de Direito Civil - Obrigações e Responsabilidade Civil**. 3 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. 2. v.

LORENZETTI, R. L. **Responsabilidade Civil de los Médicos**, Tomo II, ed. Rubinzal-Culzoni.

MATIELLO, F. Z.. **Responsabilidade Civil do Médico**. 3 ed. LTR, 2006.

MELO, N. D. **Responsabilidade Civil por Erro Médico**. Atlas, 2008.

NETO, M. K. **Responsabilidade Civil do Médico**. 7 ed. Revista dos Tribunais, 2010.

PEREIRA, C. M. da S. **Instituições de Direito Civil**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1975, vol III.

_____. **Responsabilidade Civil**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

PRUX, O. I. **Responsabilidade Civil do Profissional Liberal no Código de Defesa do Consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 1998.
Recurso Especial. Disponível em: <<http://www.stj.gov>> Acesso em: 12 out. 2007.

REIS, C. **Os Novos Rumos da Indenização do Dano Moral**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

RIZZARDO, A. **Responsabilidade Civil**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

ROCHA, S L. F. da. **Responsabilidade Civil do Fornecedor pelo Fato do Produto no Direito Brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1992.

SANTOS, C. **Código Civil Brasileiro Interpretado**. 8 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1964, vol XVII.

SOUZA, N. T. C. **Responsabilidade Civil e Penal do Médico**. 3 ed. Servanda, 2008.

STOCO, R. **Tratado de Responsabilidade Civil**. 7 ed. rev. atual. ampliada. São Paulo: Revista dos Tribunais.

ANEXO I**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA****RESOLUÇÃO CFM Nº 1845/2008**

(Publicada no D.O.U. de 15 Jul 2008, Seção I, p. 72)

(Republicada com **Anexo** no D.O.U. 16 Jul 2008, Seção I, p.164-168)

(Modificada pela Resolução CFM nº 1930/2009)

(Modificada pela Resolução CFM nº 1951/2010)

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/2006, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista;

CONSIDERANDO o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1.634/2002, de 11 de abril de 2004, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

CONSIDERANDO a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº 1.785/2006, de 5 de abril de 2006;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 12 de junho de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/06.

Art. 2º Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 12 de junho de 2008.

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM
ANEXO II
RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES
CFM/AMB/CNRM

A Comissão Mista de Especialidades (CME), no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica o Anexo II da Resolução nº 1.785/06 – do qual fazem parte os seguintes itens: 1) Normas orientadoras e reguladoras; 2) Relação das especialidades reconhecidas; 3) Relação das áreas de atuação reconhecidas; 4) Titulações e certificações de especialidades médicas e 5) Certificados de áreas de atuação.

1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS

- a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação;
- b) A CME não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano;
- c) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades listadas no item 2 deste relatório;
- d) As áreas de atuação previstas pela CME e listadas no item 3 terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou CNRM;
- e) O tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação, tanto para a CNRM como para a AMB, será o previsto neste relatório, respeitados os pré-requisitos necessários;
- f) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar ano opcional com o mesmo nome dos programas de Residência Médica, para complementação da formação, mediante solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação;
- g) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME;
- h) Em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, a AMB deverá observar o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação constante neste relatório;
- i) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas Sociedades;
- j) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais Sociedades serão únicos e contarão, na sua elaboração, com a participação de todas as Sociedades vinculadas;
- k) Os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME;
- l) Os registros, junto aos CRMs, obedecerão aos seguintes critérios:
 - 1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/02 e Anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original;

- 2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/02 e Anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade para área de atuação, serão registrados por analogia;
- m) Quando solicitada pelo médico, a AMB, por intermédio das Sociedades de Especialidade, deverá atualizar a anterior denominação dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente;
- n) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs;
- o) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação;
- p) É proibida aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME;
- q) A AMB deverá preservar o direito à certificação de área de atuação para as Sociedades que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratória, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica;
- r) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, na AMB, via Sociedades de Especialidade;
- s) As Sociedades de Especialidade ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.

2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS

- 1. ACUPUNTURA**
- 2. ALERGIA E IMUNOLOGIA**
- 3. ANESTESIOLOGIA**
- 4. ANGIOLOGIA**
- 5. CANCEROLOGIA**
- 6. CARDIOLOGIA**
- 7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR**
- 8. CIRURGIA DA MÃO**
- 9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**
- 10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**
- 11. CIRURGIA GERAL**
- 12. CIRURGIA PEDIÁTRICA**
- 13. CIRURGIA PLÁSTICA**
- 14. CIRURGIA TORÁCICA**
- 15. CIRURGIA VASCULAR**
- 16. CLÍNICA MÉDICA**
- 17. COLOPROCTOLOGIA**
- 18. DERMATOLOGIA**
- 19. ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA**
- 20. ENDOSCOPIA**
- 21. GASTROENTEROLOGIA**
- 22. GENÉTICA MÉDICA**
- 23. GERIATRIA**
- 24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**
- 25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

26. HOMEOPATIA
27. INFECTOLOGIA
28. MASTOLOGIA
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
30. MEDICINA DO TRABALHO
31. MEDICINA DE TRÁFEGO
32. MEDICINA ESPORTIVA
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
34. MEDICINA INTENSIVA
35. MEDICINA LEGAL
36. MEDICINA NUCLEAR
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
38. NEFROLOGIA
39. NEUROCIRURGIA
40. NEUROLOGIA
41. NUTROLOGIA
42. OFTALMOLOGIA
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
44. OTORRINOLARINGOLOGIA
45. PATOLOGIA
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
47. PEDIATRIA
48. PNEUMOLOGIA
49. PSIQUIATRIA
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
51. RADIOTERAPIA
- 52. REUMATOLOGIA**
- 53. UROLOGIA**

3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS

1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
3. ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO
5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
7. CIRURGIA DA COLUNA
8. CIRURGIA DO TRAUMA
9. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
10. CITOPATOLOGIA
11. DENSITOMETRIA ÓSSEA
12. DOR
13. ECOCARDIOGRAFIA
14. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
15. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA
16. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
17. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
18. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
19. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
20. ERGOMETRIA

21. FONIATRIA
22. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
23. HANSENOLOGIA
24. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
25. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
26. HEPATOLOGIA
27. INFECTOLOGIA HOSPITALAR
28. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
29. MAMOGRAFIA
30. ~~MEDICINA AEROESPACIAL~~ (sem efeito – Resolução CFM n. 1951/2010)
31. MEDICINA DE URGÊNCIA
32. MEDICINA DO ADOLESCENTE
33. MEDICINA FETAL
34. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
35. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
36. NEONATOLOGIA
37. NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA
38. NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
39. NEURORRADIOLOGIA
40. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA
42. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
43. ~~PERÍCIA MÉDICA~~ (Revogada pela Resolução CFM n. 1930/2009)
44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
45. PSICOGERIATRIA
46. PSICOTERAPIA
47. PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
48. PSIQUIATRIA FORENSE
49. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
50. REPRODUÇÃO HUMANA
51. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
52. SEXOLOGIA
53. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
54. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ACUPUNTURA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Acupuntura

AMB: Concurso do Colégio Médico de Acupuntura

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Alergia e Imunopatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Anestesiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Anestesiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANGIOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Angiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Clínica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Cirúrgica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cancerologia/Pediátrica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cancerologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Formação: 4 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DA MÃO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia do Aparelho Digestivo

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Pediátrica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA PLÁSTICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA TORÁCICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Torácica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA VASCULAR

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CLÍNICA MÉDICA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Clínica Médica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM COLOPROCTOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Coloproctologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Coloproctologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Dermatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Dermatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOSCOPIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Endoscopia

AMB: Concurso de Sociedade a ser definida

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GASTROENTEROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Gastroenterologia

AMB: Concurso da Federação Brasileira de Gastroenterologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GENÉTICA MÉDICA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Genética Médica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Genética Clínica

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GERIATRIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Geriatria

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM HOMEOPATIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Homeopatia

AMB: Concurso da Associação Médica Homeopática Brasileira

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM INFECTOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Infectologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Infectologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MASTOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Mastologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Mastologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DO TRABALHO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina do Trabalho

AMB: Concurso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE TRÁFEGO

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina de Tráfego
AMB: Concurso da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva

AMB: Concurso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA LEGAL

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Legal

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Medicina Legal

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA NUCLEAR

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Nuclear

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social

AMB: Concurso de Sociedade a ser definida

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEFROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nefrologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Nefrologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA

Formação: 5 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurocirurgia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NEUROLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Neurologia

AMB: Concurso da Academia Brasileira de Neurologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NUTROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Nutrologia
AMB: Concurso da Associação Brasileira de Nutrologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Oftalmologia
AMB: Concurso do Conselho Brasileiro de Oftalmologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Patologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Pediatria
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pediatria

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PNEUMOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Pneumologia
AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Psiquiatria
AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem
AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA ULTRA-SONOGRAFIA GERAL

Formação: 2 anos

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM: ATUAÇÃO EXCLUSIVA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA

Formação: 2 anos

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM RADIOTERAPIA

Formação: 3 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Radioterapia

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM REUMATOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Reumatologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Reumatologia

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM UROLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Programa de Residência Médica em Urologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Urologia

5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em qualquer Programa de Residência Médica (PRM)

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Administração de Saúde

Requisito: Título de Especialista da AMB (TEAMB)

ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Alergia e Imunologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Alergia e Imunologia

TEAMB em Pediatria

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Vascul ar ou Angiologia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul ar

Requisitos: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TEAMB em Cirurgia Vascul ar

TEAMB em Angiologia

ATENDIMENTO AO QUEIMADO

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Plástica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

Requisito: TEAMB em Cirurgia Plástica

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Cardiologia

TEAMB em Pediatria

CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia

Requisitos: TEAMB em Cirurgia de Cabeça e Pescoço

TEAMB em Cirurgia Plástica

TEAMB em Otorrinolaringologia

CIRURGIA DA COLUNA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Neurocirurgia ou Ortopedia e Traumatologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Neurocirurgia/Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Requisitos: TEAMB em Neurocirurgia

TEAMB em Ortopedia e Traumatologia

CIRURGIA DO TRAUMA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Requisito: TEAMB em Cirurgia Geral

CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral ou Coloproctologia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva/Colégio Brasileiro de Cirurgiões/Sociedade Brasileira de Coloproctologia

Requisitos: TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo

TEAMB em Cirurgia Geral

TEAMB em Coloproctologia

CITOPATOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Patologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Citopatologia

Requisito: TEAMB em Patologia

DENSITOMETRIA ÓSSEA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia ou Reumatologia

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Requisitos: TEAMB em Endocrinologia e Metabologia

TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

TEAMB em Medicina Nuclear

TEAMB em Ortopedia e Traumatologia

TEAMB em Reumatologia

DOR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Anestesiologia ou Neurologia

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Anestesiologia/Academia Brasileira de Neurologia

Requisitos: TEAMB em Anestesiologia

TEAMB em Neurologia

ECOCARDIOGRAFIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisitos: TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica

TEAMB em Cardiologia

ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia, Cirurgia Vascular ou Angiologia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Requisitos: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TEAMB em Diagnóstico por Imagem: atuação Ultra-sonografia Geral

TEAMB em Angiologia

TEAMB em Cirurgia Vascular

TEAMB em Cardiologia + certificado de atuação em Ecocardiografia

ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: TEAMB em Cardiologia

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endocrinologia e Metabologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Endocrinologia e Metabologia

TEAMB em Pediatria

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Coloproctologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Requisitos: TEAMB em Endoscopia

TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo

TEAMB em Gastroenterologia

TEAMB em Coloproctologia

TEAMB em Cirurgia Geral

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cirurgia Torácica, Endoscopia ou Pneumologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral

Requisitos: TEAMB em Cirurgia Torácica

TEAMB em Endoscopia

TEAMB em Pneumologia

ERGOMETRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: TEAMB em Cardiologia

FONIATRIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Otorrinolaringologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia

Requisito: TEAMB em Otorrinolaringologia

GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Gastroenterologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Federação Brasileira de Gastroenterologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Gastroenterologia
TEAMB em Pediatria

HANSENOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Dermatologia, Clínica Médica, Infectologia, Neurologia,

Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Preventiva e Social

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hansenologia

Requisitos: TEAMB em Dermatologia

TEAMB em Clínica Médica

TEAMB em Infectologia

TEAMB em Neurologia

TEAMB em Medicina de Família e Comunidade

TEAMB em Medicina Preventiva e Social

HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia

TEAMB em Pediatria

HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Cardiologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Requisito: TEAMB em Cardiologia

HEPATOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Gastroenterologia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Hepatologia

Requisito: TEAMB em Gastroenterologia

INFECTOLOGIA HOSPITALAR

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Infectologia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Infectologia

Requisito: TEAMB em Infectologia

INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Infectologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Infectologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Infectologia
TEAMB em Pediatria

MAMOGRAFIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia ou Mastologia

AMB: Concurso do Convênio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia/Sociedade Brasileira de Mastologia

Requisitos: TEAMB em Diagnóstico por Imagem: atuação Ultra-sonografia Geral

TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

TEAMB em Mastologia

MEDICINA AEROESPACIAL

Formação: 1 ano

~~CNRM: Opcional em PRM em Medicina de Tráfego ou Clínica Médica~~

~~AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Medicina de Tráfego/Sociedade Brasileira de Clínica Médica~~

~~Requisitos: TEAMB em Medicina de Tráfego~~

~~TEAMB em Clínica Médica~~

(sem efeito a partir da publicação da Resolução CFM n. 1951/2010)

MEDICINA DE URGÊNCIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Clínica Médica

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Requisito: TEAMB em Clínica Médica

MEDICINA DO ADOLESCENTE

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisito: TEAMB em Pediatria

MEDICINA FETAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Medicina Intensiva ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Medicina Intensiva

TEAMB em Pediatria

NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Nefrologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Nefrologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Nefrologia

TEAMB em Pediatria

NEONATOLOGIA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Pediatria

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisito: TEAMB em Pediatria

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia ou Neurocirurgia

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica

Requisitos: TEAMB em Medicina Física e Reabilitação

TEAMB em Neurologia

TEAMB em Neurocirurgia

TEAMB em Pediatria + certificado de atuação em Neurologia Pediátrica

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 2 anos

CNRM: Opcional em PRM em Neurologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Academia Brasileira de Neurologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Neurologia

TEAMB em Pediatria

NEURORRADIOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Neurologia ou Neurocirurgia

AMB: Concurso do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Requisitos: TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

TEAMB em Neurologia

TEAMB em Neurocirurgia

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia, Pediatria, Medicina Intensiva, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Cirurgia Geral

AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral

Requisitos: TEAMB em Nutrologia

TEAMB em Pediatria

TEAMB em Medicina Intensiva
 TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo
 TEAMB em Gastroenterologia
 TEAMB em Cirurgia Geral

NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria
 AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
 Requisitos: TEAMB em Nutrologia
 TEAMB em Pediatria

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Nutrologia ou Pediatria
 AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Pediatria/Associação Brasileira de Nutrologia
 Requisitos: TEAMB em Nutrologia
 TEAMB em Pediatria

~~PERÍCIA MÉDICA~~

~~Formação: 1 ano~~
~~CNRM: Opcional em qualquer PRM~~
~~AMB: Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Perícia Médica~~
~~Requisito: TEAMB~~
(Sem efeito a partir da publicação da Resolução CFM n. 1930/2009)

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Pediatria ou Pneumologia
 AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia/Sociedade Brasileira de Pediatria
 Requisitos: TEAMB em Pediatria
 TEAMB em Pneumologia

PSICOGERIATRIA

Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
 AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria
 Requisito: TEAMB em Psiquiatria

PSICOTERAPIA

Formação: 1 ano
 CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria
 AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria
 Requisito: TEAMB em Psiquiatria

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: TEAMB em Psiquiatria

PSIQUIATRIA FORENSE

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Psiquiatria

AMB: Concurso da Associação Brasileira de Psiquiatria

Requisito: TEAMB em Psiquiatria

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Angiologia, Cirurgia Vascular ou Radiologia e Diagnóstico por Imagem

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

Requisitos: TEAMB em Angiologia

TEAMB em Cirurgia Vascular

TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

REPRODUÇÃO HUMANA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Reumatologia ou Pediatria

AMB: Concurso do Convênio Sociedade Brasileira de Reumatologia/Sociedade Brasileira de Pediatria

Requisitos: TEAMB em Reumatologia

TEAMB em Pediatria

SEXOLOGIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Hematologia e Hemoterapia

AMB: Concurso da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia

Requisito: TEAMB em Hematologia e Hemoterapia

ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Formação: 1 ano

CNRM: Opcional em PRM em Ginecologia e Obstetrícia

AMB: Concurso do Convênio Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem/Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Requisito: TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

OBS: a Auditoria será designada área de atuação especial e receberá outro tipo de especificação.

ANEXO III

Do funcionamento da Comissão Mista de Especialidades:

- 1) A Comissão Mista de Especialidades só analisará propostas de criação de especialidades e áreas de atuação mediante solicitação da Sociedade de Especialidade, via AMB.
- 2) As solicitações para a criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) A Comissão Mista de Especialidades não analisará pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.
- 5) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano.
- 6) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenentes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.
- 7) A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades.

FUNDAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1845/08

De acordo com o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, em 11 de abril de 2002, nos termos da Resolução CFM nº 1.634/02, a Comissão Mista de Especialidades foi instituída com a finalidade de reconhecer as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação. Ficou estabelecido também que outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades. Assim sendo, atendendo as solicitações de Sociedades de Especialidades e, em conformidade com a deliberação da Comissão Mista, anualmente é realizada a revisão das especialidades médicas reconhecidas bem como das áreas de atuação, podendo ser reconhecidas novas especialidades/áreas de atuação ou a exclusão de outras.

Desta forma, de acordo com o trabalho realizado pela Comissão no decorrer do ano de 2007, foram realizadas as seguintes modificações:

- exclusão das áreas de atuação CIRURGIA DERMATOLÓGICA e COSMIATRIA, por solicitação da Sociedade Brasileira de Dermatologia;

- inclusão da ENDOSCOPIA DIGESTIVA como área de atuação da Cirurgia Geral;
- reconhecimento da MEDICINA AEROESPACIAL como área de atuação, tendo como requisitos possuir Título de Especialista em Medicina de Tráfego ou Clínica Médica; (sem efeito – Resolução CFM n. 1951/2010)
- reconhecimento da PERÍCIA MÉDICA como área de atuação comum a todas as especialidades médicas. (Revogada pela Resolução CFM n. 1930/2009)

Todas estas decisões estão documentadas e registradas suas discussões em atas de reuniões ordinárias da Comissão Mista de Especialidades.

ANTONIO GONÇALVES PINHEIRO

Comissão Mista de Especialidades

ANEXO II**RESOLUÇÃO CFM N° 1.802/2006**

(Publicado no D.O.U. de 01 novembro 2006, Seção I, pg. 102)

(Retificação publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2006, Seção I, pg. 160)

Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO o proposto pela Câmara Técnica Conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Anestesiologia, nomeada pela Portaria CFM nº 62/05;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 04 de outubro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Determinar aos médicos anesthesiologistas que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anesthesiologista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anesthesiologista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) o médico anesthesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anesthesiologista manter vigilância permanente a seu paciente.

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXO I).

IV – É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança.

Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I – Monitoração da circulação, incluindo a determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, e determinação contínua do ritmo cardíaco, incluindo cardioscopia;

II - Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial, incluindo a oximetria de pulso;

III - Monitoração contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou máscara laríngea) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna.

IV – Equipamentos (ANEXO II), instrumental e materiais (ANEXO III) e fármacos (ANEXO IV) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, bem como a realização de procedimentos de recuperação cardiopulmonar.

Art. 4º Após a anestesia, o paciente deve ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o/a centro (unidade) de terapia intensiva (CTI), conforme o caso.

§ 1º Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anesthesiologista;

§ 2º O médico anesthesiologista que realizou o procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente para a SRPA e/ou CTI;

§ 3º A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva do médico anesthesiologista;

§ 4º Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorados quanto:

a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;

b) à respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;

c) ao estado de consciência;

d) à intensidade da dor.

Art. 5º Os Anexos e as listas de equipamentos, instrumental, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia, e que integram esta resolução, serão periodicamente revisados.

Parágrafo único - Itens adicionais estão indicados em situações específicas.

Art. 6º Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.363 publicada em 22 de março de 1993.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília/DF, 04 de outubro de 2006.

ANEXOS

ANEXO I

As seguintes fichas fazem parte obrigatória da documentação da anestesia:

1. Ficha de avaliação pré-anestésica, incluindo:

- a. Identificação do anestesiológico
- b. Identificação do paciente
- c. Dados antropométricos
- d. Antecedentes pessoais e familiares
- e. Exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas
- f. Diagnóstico cirúrgico e doenças associadas
- g. Tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente)
- h. Jejum pré-operatório
- i. Resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso
- j. Estado físico
- k. Prescrição pré-anestésica
- l. Consentimento informado específico para a anestesia

2. Ficha de anestesia, incluindo:

- a. Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento
- b. Identificação do paciente
- c. Início e término do procedimento
- d. Técnica de anestesia empregada
- e. Recursos de monitoração adotados
- f. Registro da oxigenação, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial e frequência cardíaca a intervalos não superiores a dez minutos
- g. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
- h. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

3. Ficha de recuperação pós-anestésica, incluindo:

- a. Identificação do(s) anestesiológico(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o internamento na sala de recuperação pós-anestésica
- b. Identificação do paciente
- c. Momentos da admissão e da alta
- d. Recursos de monitoração adotados
- e. Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a quinze minutos.
- f. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose)
- g. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia

ANEXO II

Equipamentos básicos para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório:

1. Em cada sala onde se administra anestesia: secção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo e sistema de aspiração.

2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador, marca-passo transcutâneo (incluindo gerador e cabo).
3. Recomenda-se a monitoração da temperatura e sistemas para aquecimento de pacientes em anestesia pediátrica e geriátrica, bem como em procedimentos com duração superior a duas horas, nas demais situações.
4. Recomenda-se a adoção de sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.

ANEXO III

Instrumental e materiais:

1. Máscaras faciais
2. Cânulas oronasofaríngeas
3. Máscaras laríngeas
4. Tubos traqueais e conectores
5. Seringas, agulhas e cateteres venosos descartáveis
6. Laringoscópio (cabos e lâminas)
7. Guia para tubo traqueal e pinça condutora
8. Dispositivo para cricotireostomia
9. Seringas, agulhas e cateteres descartáveis específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos

ANEXO IV

Fármacos:

1. Agentes usados em anestesia, incluindo anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas, anestésicos inalatórios e dantroleno sódico, opióides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não-opióides, corticosteróides, inibidores H₂, efedrina/etil-efrina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.
2. Agentes destinados à ressuscitação cardiopulmonar, incluindo adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos.

Anexo III

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**RESOLUÇÃO CFM nº 1.409/1994**

(Publicada no D.O.U. 14 Jun 1994, Seção I, p.8548)

Revogada pela Resolução CFM n. 1886/2008

Regulamenta a prática de cirurgia ambulatorial.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o médico deve envidar o máximo esforço na busca da redução de riscos na assistência aos seus pacientes;

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais do País;

CONSIDERANDO as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia, previstas na RESOLUÇÃO CFM Nº 1.363/93, de 12 de março de 1.993;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de quaisquer outros procedimentos invasivos fora de Unidade Hospitalar, com a utilização de anestesia geral, sedação (venosa, muscular ou inalatória) ou anestesia loco-regional com doses de anestésico local superiores a 3,5 mg/kg de lidocaína (ou dose equipotente de outros anestésicos locais);

CONSIDERANDO o que foi proposto pela Comissão Especial Conjunta do Conselho Federal de Medicina e das Sociedades Brasileiras de Especialidades relacionadas ao tema;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994.

RESOLVE:

Art. 1º - Determinar aos médicos que, na prática de atos cirúrgicos e ou endoscópicos em regime ambulatorial, quando em unidade independente do Hospital, obedeçam às seguintes condições:

I - Condições da Unidade:

a) condições estruturais higiênico-sanitárias do ambiente e condições de esterilização e desinfecção dos instrumentos de acordo com as normas vigentes;

b) registro de todos os procedimentos realizados;

c) condições mínimas para a prática de anestesia, conforme Resolução 1363/93, do Conselho Federal de Medicina;

d) garantia de suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internamento, seja em acomodação própria, seja por convênio com hospital;

e) garantia de assistência, após a alta dos pacientes, em decorrência de complicações, durante 24 horas por dia, seja em estrutura própria ou por convênio com unidade hospitalar;

II - Critérios de seleção do paciente:

a) paciente com ausência de comprometimento sistêmico, seja por outras doenças ou pela doença cirúrgica, e paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada;

b) procedimentos cirúrgicos que não necessitem de cuidados especiais no pós-operatório;

c) exigência de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado;

III - Condições de alta do paciente da Unidade:

a) orientação no tempo e no espaço;

b) estabilidade dos sinais vitais, há pelo menos 60 (sessenta) minutos;

c) ausência de náuseas e vômitos;

d) ausência de dificuldade respiratória;

e) capacidade de ingerir líquidos;

f) capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;

g) sangramento mínimo ou ausente;

h) ausência de dor de grande intensidade;

i) ausência de sinais de retenção urinária;

j) dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito, das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos e pós-operatórios, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 08 de junho de 1994.

Anexo IV

RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional, e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica estabelece os princípios norteadores da boa prática médica;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina constataram condições estruturais, materiais e humanas inadequadas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 10 de março de 1995,

RESOLVE:

Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Artigo 2º - A equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas:

- Anestesiologia;
- Clínica Médica;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia.

Artigo 3º - A sala de emergência deverá, obrigatoriamente, estar equipada com:

- Material para reanimação e manutenção cardio-respiratória;
- Material para oxigenação e aspiração;
- Material para procedimentos de urgência.

Artigo 4º - Os recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto, para o Pronto Socorro, deverão ser:

- Radiologia;
- Laboratório de análises clínicas;
- Centro cirúrgico;
- Unidade de terapia intensiva;
- Unidade transfusional;
- Farmácia básica para urgência;
- Unidade de transporte equipado.

Artigo 5º - O estabelecimento de Pronto Socorro deverá permanecer à disposição da população em funcionamento ininterrupto;

Artigo 6º - Os diferentes portes de Prontos Socorros de maior complexidade deverão ser definidos em cada Estado pelos Conselhos Regionais de Medicina, de acordo com as realidades regionais e as necessidades de atendimento à população;

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Paulo-SP, 10 de março de 1995.

WALDIR PAIVA MESQUITA

Presidente

Anexo V

RESOLUÇÃO CFM nº 1.494 /98

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que as organizações de assistência médica, ligadas a universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas eventualmente convidam médicos estrangeiros para que pratiquem demonstrações didáticas, incluindo atos médico-cirúrgicos;

CONSIDERANDO que compete aos Conselhos de Medicina a autorização para o exercício profissional médico no país;

CONSIDERANDO ser dever dos Conselhos de Medicina zelar pela boa prática médica no país;

CONSIDERANDO que o principal objetivo da Medicina é o bem-estar do paciente;

CONSIDERANDO o que prescreve a Resolução CFM nº 885/78 e,

CONSIDERANDO, ainda, o decidido no dia 19.6.98, em Sessão Plenária deste Conselho,

RESOLVE:

Art. 1º - A autorização especial para a prática de atos médicos de demonstração didática por parte de médicos estrangeiros, quando convidados por universidades brasileiras, organismos oficiais, associações e instituições culturais e científicas, implica no cumprimento, perante o Conselho Regional de Medicina, das seguintes obrigações:

- a) nomeação dos membros da equipe médica convidada;
- b) comprovação da regularização da entrada, em território nacional dos membros da equipe convidada;
- c) comprovação, com documentos originais de seus países de origem, da habilitação, profissional dos médicos convidados;
- d) apresentação da programação a ser desenvolvida, com anuência da instituição patrocinadora, contendo:
 - I - local da execução dos procedimentos;
 - II - comprovação da capacidade técnica para executá-los;
 - III - nomeação da equipe médica local assistente, com descrição de cada nível específico de responsabilidade;
 - IV - critério de seleção de pacientes a serem atendidos, sem discriminação de qualquer espécie;
 - V - descrição do esquema de atendimento pós-operatório imediato e tardio, incluindo tratamento de complicações e seqüelas;
 - VI - consentimento esclarecido do paciente ou de seus representantes legais;
 - VII - parecer favorável da Comissão de Ética Médica da instituição.

Art. 2º - A observância do cumprimento desta Resolução é da responsabilidade do Diretor Técnico da instituição.

Art. 3º - É vedada a cobrança, a qualquer título, de pagamento pelos atos médicos realizados.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo VI**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA****RESOLUÇÃO CFM Nº 1536/1998**

(Publicada no D.O.U., de 03 de dezembro de 1998, Seção I,
p.52)

(Ver também a Resolução CFM n. 1659/2003)

(REVOGADA pela Resolução CFM Nº 1950/2010)

Estabelece critério para realização de cirurgia buço-maxilo-facial e revoga a Resolução CFM n. 852/1978.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e regido pela Lei nº 9.649, de 27.5.1998, e

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente, basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um;

CONSIDERANDO controvérsias ainda existentes na área de atuação de médicos e cirurgiões-dentistas no que diz respeito ao tratamento de doenças que acometem a região crânio-cervical;

CONSIDERANDO ser inquestionável, em face da vigente legislação de sua formação acadêmica, que o cirurgião-dentista não é habilitado nem autorizado à prática da anestesia geral, e nem à emissão de atestado de óbito;

CONSIDERANDO que as cirurgias crânio-cervicais são realizadas por médicos especializados, aos quais é impossível estabelecer restrições de qualquer natureza, salvo as de estrita competência do cirurgião-dentista;

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer normas que visem proporcionar aos profissionais e pacientes um maior grau de segurança e eficácia no tratamento dessas doenças;

CONSIDERANDO os resultados dos estudos a respeito da prática da cirurgia Buco-Maxilo-Facial, realizados pela Câmara Técnica composta por representantes dos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia e das Sociedades Brasileiras de Anestesiologia, Cirurgia Plástica Estética e Reparadora, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; CONSIDERANDO o que dispõem as Resoluções CFM n^{os} 1.363/93 e 1.409/94;

CONSIDERANDO, finalmente, o que ficou decidido em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina, em 11 de novembro de 1998;

RESOLVE:

Art. 1º - Em lesões de interesse comum à Medicina e à Odontologia, visando a adequada segurança do resultado, a equipe cirúrgica deve ser obrigatoriamente constituída por médico e cirurgião-dentista, sempre sob a chefia do médico.

Art. 2º - É da competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório.

Art. 3º - Os médicos anesthesiologistas só poderão atender as solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos a cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM nº 1.363/93.

Parágrafo único - A realização de ato anestésico cirúrgico-ambulatorial deve obedecer aos critérios contidos na Resolução CFM nº 1.409/94.

Art. 4º - Nas situações que envolvam procedimentos em pacientes politraumatizados, é dever do médico plantonista do Pronto-Socorro, após prestado o atendimento inicial, definir qual área especializada terá prioridade na seqüência do tratamento.

Art. 5º - Ocorrendo o óbito do paciente submetido à cirurgia buco-maxilo-facial, realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou pelo Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Art. 6º - Quando da internação de paciente sob os cuidados do cirurgião-dentista não se aplica o dispositivo da Resolução CFM nº 1.493/98.

Art. 7º - Revoga-se a Resolução CFM nº 852/78.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo VII

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 1.711, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2003

Estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que cirurgias de lipoaspiração ocupam, hoje, elevado percentual dentre as cirurgias plásticas no país;

CONSIDERANDO casos de intercorrências e complicações na execução da referida técnica, em diversos locais do país;

CONSIDERANDO a multiplicidade de condutas adotadas na execução da técnica;

CONSIDERANDO a liberalidade existente em relação aos cuidados a serem tomados quando da indicação e execução da técnica;

CONSIDERANDO que a saúde do ser humano é o alvo maior da atenção do médico, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (art. 2º do CEM);

Considerando que ao médico cabe zela e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão (art. 4º do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar procedimentos sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo nos casos de iminente perigo de vida (art. 46 do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico desrespeitar o direito de livre decisão do paciente quanto à execução de prática terapêutica (art. 56 do CEM);

CONSIDERANDO os conhecimentos científicos adquiridos até o presente momento e o estado atual da arte médica;

CONSIDERANDO o decidido em sessão plenária de 10 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º - Reconhecer a técnica de lipoaspiração como válida e consagrada dentro do arsenal da cirurgia plástica, com indicações precisas para correções do contorno corporal em relação à distribuição do tecido adiposo subcutâneo.

Art. 2º - Que as cirurgias de lipoaspiração não devem ter indicação para emagrecimento.

Art. 3º - Que há necessidade de treinamento específico para a sua execução, sendo indispensável a habilitação prévia em área cirúrgica geral, de modo a permitir a abordagem invasiva do método, prevenção, reconhecimento e tratamento de complicações possíveis.

Art. 4º - Que as condutas pré-operatórias devem ser as mesmas adotadas para quaisquer atos cirúrgicos, prevendo, além de apurada anamnese e exame físico, as avaliações clínicas, laboratoriais e pré-anestésicas necessárias.

Art. 5º - Que as cirurgias de lipoaspiração devem ser executadas em salas de cirurgias equipadas para atendimento de intercorrências inerentes a qualquer ato cirúrgico.

Art. 6º - Nas sedações endovenosas, bloqueios peridurais, raquianestésias e anestésias gerais é obrigatória a participação do anesthesiologista cuja presença só é dispensável quando o ato cirúrgico for de pequeno porte e executado sob anestesia local sem sedação endovenosa.

Parágrafo 1º - Quando prevista a participação do anesthesiologista, conforme o caput deste artigo, a indicação do tipo de anestesia a ser empregada deve ser de sua estrita decisão, sempre com vista ao pleno comprimento da Resolução nº 1.363/93.

Parágrafo 2º - O paciente ou seu responsável legal deve ter prévio esclarecimento sobre o tipo de anestesia indicado, e manifestar seu consentimento.

Parágrafo 3º - Deve ser motivo de vigilância apurada a possibilidade de intoxicação por anestésicos locais e vasos constritores, mediante identificação precoce de sinais e sintomas já conhecidos desta condição.

Art. 7º - A monitorização das variáveis hemodinâmicas e do débito urinário deve ser observada de maneira criteriosa para a adequada reposição volêmica.

Parágrafo único – O apurado controle de líquidos infiltrados mais líquidos infundidos e, também, do volume aspirado deve ser feito para evitar a super-hidratação ou a desidratação e seus efeitos indesejáveis.

Art. 8º - Que em vista da possibilidade de reposição hematológica, aventada no pré-operatório, tal fato deve ser comunicado ao paciente, para conhecimento e decisão.

Art. 9º - Que os volumes aspirados não devem ultrapassar 7% do peso corporal quando se usar a técnica infiltrativa; ou 5% quando se usar a técnica não-infiltrativa. Da mesma forma, não deve ultrapassar 40% da área corporal, seja qual for a técnica usada.

Parágrafo 1º - Casos que ultrapassem os parâmetros previstos no caput deste artigo e que possuam indicação médica de exceção têm sua execução restrita a ambientes de estrutura material hospitalar completa, sendo especificamente documentados e com nomeação explícita do cirurgião responsável pela indicação e execução do tratamento.

Parágrafo 2º - Deve ser evitada, no mesmo ato cirúrgico, a coincidência dos parâmetros máximos acima citados;

Parágrafo 3º - Considera-se volume aspirado o material coletado sobrenadante.

Art. 10 - Que a associação com procedimentos cirúrgicos outros deve ser evitada quando as relações entre o volume e a área corporal estejam próximas ao máximo admitido.

Art. 11 – Que devem ser tomadas medidas preventivas usuais para a ocorrência a de TVP e acidentes tromboembólicos.

Art. 12 – Que a alta do paciente deve observar os parâmetros estabelecidos na Resolução CFM nº 1.409/94, mesmo para os pacientes em regime não-ambulatorial.

Art. 13 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo VIII

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.104.665 - RS (2008/0251457-1)

RELATOR : **MINISTRO MASSAMI UYEDA**
RECORRENTE : **ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO**
ADVOGADO : **FLAVIA RUMI STEINBRUCH E OUTRO(S)**
RECORRIDO : **IVO FORTES DOS SANTOS**
ADVOGADO : **DIEGO RUPPENTHAL E OUTRO(S)**

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO - DANOS MORAIS - ERRO MÉDICO - MORTE DE PACIENTE DECORRENTE DE COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA - OBRIGAÇÃO DE MEIO - RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO MÉDICO - ACÓRDÃO RECORRIDO CONCLUSIVO NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CULPA E DE NEXO DE CAUSALIDADE - FUNDAMENTO SUFICIENTE PARA AFASTAR A CONDENAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE - TEORIA DA PERDA DA CHANCE - APLICAÇÃO NOS CASOS DE PROBABILIDADE DE DANO REAL, ATUAL E CERTO, INOCORRENTE NO CASO DOS AUTOS, PAUTADO EM MERO JUÍZO DE POSSIBILIDADE - RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

I - A relação entre médico e paciente é contratual e encerra, de modo geral (salvo cirurgias plásticas embelezadoras), obrigação de meio, sendo imprescindível para a responsabilização do referido profissional a demonstração de culpa e de nexo de causalidade entre a sua conduta e o dano causado, tratando-se de responsabilidade subjetiva;

II - O Tribunal de origem reconheceu a inexistência de culpa e de nexo de causalidade entre a conduta do médico e a morte da paciente, o que constitui fundamento suficiente para o afastamento da condenação do profissional da saúde;

III - A chamada "teoria da perda da chance", de inspiração francesa e citada em matéria de responsabilidade civil, aplica-se aos casos em que o dano seja real, atual e certo, dentro de um juízo de probabilidade, e não de mera possibilidade, porquanto o dano potencial ou incerto, no âmbito da responsabilidade civil, em regra, não é indenizável;

IV - In casu, o v. acórdão recorrido concluiu haver mera possibilidade de o resultado morte ter sido evitado caso a paciente tivesse acompanhamento prévio e contínuo do médico no período pós-operatório, sendo inadmissível, pois, a responsabilização do médico com base na aplicação da "teoria da perda da chance";

V - Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, a Turma, por

Superior Tribunal de Justiça

unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Sidnei Beneti, Vasco Della Giustina (Desembargador convocado do TJ/RS) e Paulo Furtado (Desembargador convocado do TJ/BA) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, a Sra. Ministra Nancy Andrighi.

Brasília, 09 de junho de 2009(data do julgamento)

MINISTRO MASSAMI UYEDA

Relator



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.104.665 - RS (2008/0251457-1)

RELATOR : **MINISTRO MASSAMI UYEDA**
RECORRENTE : **ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO**
ADVOGADO : **FLAVIA RUMI STEINBRUCH E OUTRO(S)**
RECORRIDO : **IVO FORTES DOS SANTOS**
ADVOGADO : **DIEGO RUPPENTHAL E OUTRO(S)**

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO MASSAMI UYEDA (Relator):

Os elementos dos autos dão conta de que o ora recorrido IVO FORTES DOS SANTOS ajuizou ação de indenização por dano moral em face do recorrente ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO, alegando, em síntese, que fora casado com a Sra. Eracy Moura dos Santos, sendo que ela veio a falecer, aos 70 (setenta) anos de idade, após a realização de cirurgia pelo médico recorrente. Afirmou que ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO, no exercício da profissão de médico, teria agido com negligência ao efetuar procedimento cirúrgico na esposa do recorrido.

Em primeiro grau, a ação foi julgada improcedente, sob os seguintes fundamentos, em síntese: a) a responsabilidade do médico é subjetiva, com obrigação de meio, devendo a parte autora comprovar, além do dano, o nexo de causalidade e a culpa do agente; b) as provas produzidas nos autos não permitem atribuir ao médico a responsabilidade pelos danos sofridos pelo autor, tendo em vista que a conduta do médico foi perfeitamente condizente com as exigências circunstanciais; e c) não há falar em culpa quando surgem complicações dependentes da condição clínica da paciente, que teve indicação cirúrgica necessária (fls. 369/378).

Interposto recurso de apelação, o e. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul conferiu-lhe provimento, por maioria, conforme assim ementado:

"responsabilidade civil ação de indenização. erro médico. NEXO DE CAUSALIDADE. TEORIA DA PERDA DE UMA CHANCE. Evidenciado que, no período pré-operatório, o médico foi imprudente, ao não adotar as cautelas necessárias, considerando o quadro clínico peculiar da paciente, e restando caracterizada a negligência na fase pós-operatória, mas não sendo possível imputar, de modo direto, o evento morte à sua conduta, aplica-se ao caso a teoria da perda de uma chance. Havendo a hipótese de que, tomadas todas as medidas possíveis para reduzir os riscos da cirurgia, e empreendidos todos os cuidados no pós-operatório, o falecimento não ocorreria, impõe-se a condenação do profissional da área da saúde. Indenização fixada em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), tendo em vista a inexistência de nexo causal direto e imediato, mas que havia possibilidade de se evitar o dano. Apelo provido, por maioria" (fl. 410).

Os embargos infringentes opostos foram desacolhidos, de acordo

Superior Tribunal de Justiça

com a seguinte ementa:

"embargos infringentes. responsabilidade civil. erro médico. perda de uma chance. Conduta negligente do profissional da área médica que contribuiu para a evolução do quadro clínico da paciente de forma insatisfatória. DEVER DE CAUTELA QUANTO AOS PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS E PÓS-OPERATÓRIOS. Dever de cautela que não foi observado pelo profissional da área médica, que deixou de atentar às peculiaridades do estado clínico da paciente, contribuindo para o evento, ainda que não se possa afirmar que a conduta foi decisiva para o resultado. Dispensa de acompanhamento profissional especializado na área de cardiologia que poderia ter contribuído para reduzir o risco de ocorrência de complicações provenientes do pós-operatório e quiçá, o resultado. TEORIA DA PERDA DE UMA CHANCE. A essência da teoria está justamente na ocorrência de indícios capazes de apontar a responsabilidade do agente, ainda que não haja certeza de que a conduta tenha contribuído para o resultado danoso. VOTO VENCEDOR MANTIDO. QUANTUM INDENIZATÓRIO ARBITRADO QUE SE MOSTRA EM CONSONÂNCIA COM AS PARTICULARIDADES DO CASO EM COMENTO. EMBARGOS INFRINGENTES DESACOLHIDOS" (fl. 467).

No presente recurso especial, interposto com fundamento no art. 105, III, "a" e "c", da Constituição Federal de 1988, em que se alegou negativa de vigência dos arts. 14, § 4º, do CDC; 927 e 951 do Código Civil; e 405 do Código de Processo Civil, além de dissídio jurisprudencial, busca o recorrente ANTONIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO a reforma do v. acórdão, sustentando, em síntese, que tanto a prova documental quanto a prova testemunhal produzida nos autos não respaldam suficientemente o pedido do recorrido IVO FORTES DOS SANTOS e demonstram, pelo contrário, que o recorrente adotou todas as providências pertinentes e necessárias ao caso.

Assevera, outrossim, que a responsabilidade civil do médico é subjetiva, não prescindindo da comprovação de culpa do profissional e da existência de nexo de causalidade entre o ato por ele praticado e o evento danoso, que não se presumem.

Afirma, ainda, que não há falar na aplicação da teoria da perda de uma chance, uma vez que o procedimento originário era necessário, dadas as condições de idade e de saúde da paciente, sendo que todos os cuidados foram adotados na cirurgia, bem como durante os procedimentos pré e pós-operatórios.

Alternativamente, requer que os juros legais incidam a partir da data da citação (fls. 480/493).

Contra-razões ao recurso especial às fls. 517/527 e juízo de admissibilidade do Tribunal de origem às fls. 529/530.

É o relatório.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.104.665 - RS (2008/0251457-1)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO - DANOS MORAIS - ERRO MÉDICO - MORTE DE PACIENTE DECORRENTE DE COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA - OBRIGAÇÃO DE MEIO - RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO MÉDICO - ACÓRDÃO RECORRIDO CONCLUSIVO NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CULPA E DE NEXO DE CAUSALIDADE - FUNDAMENTO SUFICIENTE PARA AFASTAR A CONDENAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE - TEORIA DA PERDA DA CHANCE - APLICAÇÃO NOS CASOS DE PROBABILIDADE DE DANO REAL, ATUAL E CERTO, INOCORRENTE NO CASO DOS AUTOS, PAUTADO EM MERO JUÍZO DE POSSIBILIDADE - RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

I - A relação entre médico e paciente é contratual e encerra, de modo geral (salvo cirurgias plásticas embelezadoras), obrigação de meio, sendo imprescindível para a responsabilização do referido profissional a demonstração de culpa e de nexo de causalidade entre a sua conduta e o dano causado, tratando-se de responsabilidade subjetiva;

II - O Tribunal de origem reconheceu a inexistência de culpa e de nexo de causalidade entre a conduta do médico e a morte da paciente, o que constitui fundamento suficiente para o afastamento da condenação do profissional da saúde;

III - A chamada "teoria da perda da chance", de inspiração francesa e citada em matéria de responsabilidade civil, aplica-se aos casos em que o dano seja real, atual e certo, dentro de um juízo de probabilidade, e não de mera possibilidade, porquanto o dano potencial ou incerto, no âmbito da responsabilidade civil, em regra, não é indenizável;

IV - In casu, o v. acórdão recorrido concluiu haver mera possibilidade de o resultado morte ter sido evitado caso a paciente tivesse acompanhamento prévio e contínuo do médico no período pós-operatório, sendo inadmissível, pois, a responsabilização do médico com base na aplicação da "teoria da perda da chance";

V - Recurso especial provido.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO MASSAMI UYEDA (Relator):

O inconformismo recusal merece prosperar.

De fato, a relação entre médico e paciente é contratual e encerra, de modo geral (salvo cirurgias plásticas embelezadoras), obrigação de meio, e não

Superior Tribunal de Justiça

de resultado. Em razão disso, para a caracterização da responsabilidade civil do médico por danos decorrentes de sua conduta profissional, imprescindível se apresenta a demonstração do nexó de causalidade, bem como de culpa, sendo descabido presumir esta última à guisa de responsabilidade objetiva. A propósito, os seguintes precedentes desta Corte Superior:

"DIREITO CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL - ERRO MÉDICO. PRINCÍPIO DO LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO. ARTIGO 131 DO CÓDIGO CIVIL. 1. O sistema processual civil abraça o princípio do livre convencimento motivado, que, inclusive está positivado no artigo 131 do Código de Processo Civil, impondo ao julgador a indicação dos motivos de suas conclusões. Na hipótese em que a ação proposta tem sustentação na existência de erro médico, uma vez que realizada perícia, deve o julgador indicar os motivos pelos quais resolve concluir pela obrigação de indenizar, tomando posição oposta às conclusões do perito, mormente quando outras provas não existem nos autos. 2. A responsabilidade do médico pressupõe o estabelecimento do nexó causal entre causa e efeito da alegada falta médica, tendo em vista que, embora se trate de responsabilidade contratual - cuja obrigação gerada é de meio -, é subjetiva, devendo ser comprovada ainda a culpa do profissional. 3. Recurso especial provido" (ut REsp 1.078.057/MG, relator Ministro João Otávio de Noronha, DJe de 26.2.2009). Confira-se, ainda: REsp 196.306/SP, relator Ministro Fernando Gonçalves, DJ de 3.8.2004.

Embora a fundamentação supra, por si só, seja suficiente para afastar a responsabilização do recorrente ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO, visto que o Tribunal de origem reconheceu a inexistência de culpa e de nexó de causalidade entre a conduta do médico e a morte da paciente, é necessário discurrir sobre a "teoria da perda da chance", adotada pelo v. acórdão recorrido para embasar a condenação do médico, conforme se extrai de trecho do v. acórdão da apelação:

"O resultado morte poderia ter sido evitado caso tivesse havido acompanhamento prévio e contínuo de cardiologista, caso tivesse havido acompanhamento médico mais próximo, no período pós-operatório? Não há como fazer qualquer afirmação. Mas é possível que sim. E o réu, ao dispensar a presença de cardiologista, ao não providenciar minucioso estudo das condições cardiovasculares da paciente, durante a cirurgia, ao somente informar o anestesista do quadro clínico momentos antes da operação, ao não observar pessoalmente a evolução do pós-operatório, acabou por tolher, ainda, que em proporções não identificáveis, uma possibilidade de reverter a morte de Eracy. E, em se tratando de vida humana, todas as medidas possíveis deveriam ter sido adotadas, e de fato não o foram.

Perfeitamente aplicável, portanto, a teoria da perda de uma chance, que surge na doutrina da responsabilidade civil justamente para determinar a existência do dever de indenizar quando, em que pese

Superior Tribunal de Justiça

a impossibilidade de comprovar um nexo de causalidade entre a conduta e o dano, estiver demonstrado que o réu deixou de empreender todas as diligências possíveis para minimizar a possibilidade de ocorrência do evento danoso”.

Na realidade, a denominada “teoria da perda da chance”, de inspiração francesa e adotada em matéria de responsabilidade civil, considera que aquele que perde a oportunidade de proporcionar algum benefício ou evitar algum prejuízo a alguém, responde por isso.

Bem de ver que “a doutrina francesa, aplicada com freqüência pelos nossos Tribunais, fala na perda de uma chance (‘perte d’une chance’), nos casos em que o ato ilícito tira da vítima a oportunidade de obter uma situação futura melhor, como progredir na carreira artística ou no trabalho, conseguir um novo emprego, deixar de ganhar uma causa pela falha do advogado etc. É preciso, todavia, que se trate de uma chance real e séria, que proporcione ao lesado efetivas condições pessoais de concorrer à situação futura esperada” (DIREITO, Carlos Alberto Menezes; e CAVALHIERI FILHO, Sérgio. Comentários ao novo Código Civil. vol. XIII Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 95).

A propósito do tema, ainda, importante deixar assente o trecho do voto do eminente Ministro Fernando Gonçalves, no julgamento do REsp 788.459/BA, DJ de 13.3.2006:

“Há forte corrente doutrinária que coloca a perda da chance como um terceiro gênero de indenização, ao lado dos lucros cessantes e dos danos emergentes, pois o fenômeno não se amolda nem a um nem a outro segmento. (...) Caio Mário da Silva Pereira (...) observa: ‘É claro, então, que, se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação. Mas esta será devida se se considerar, dentro da idéia de perda de uma oportunidade (perte d’une chance) e puder situar-se na certeza do dano’. Vimos, no capítulo inicial deste volume, que a denominada ‘perda de chance’ pode ser considerada uma terceira modalidade nesse patamar, a meio caminho entre o dano emergente e o lucro cessante. Não há dúvida de que, de futuro, o legislador irá preocupar-se com o tema, que começa a fluir com maior freqüência também em nossos tribunais. (...) Também, como anota a doutrina com insistência, o dano deve ser real, atual e certo. Não se indeniza, como regra, por dano potencial ou incerto. A afirmação deve ser vista hoje com ‘granum salis’, pois, ao se deferir uma indenização por perda de chance, o que se analisa, basicamente, é a potencialidade de uma perda (...)”

Como afirma Jaime Santos Briz (...), ‘entre um extremo e outro cabe uma graduação que haverá de se fazer, em cada caso, com critério equitativo distinguindo a mera ‘possibilidade’ da ‘probabilidade’, e tendo em conta que talvez em algum caso seja indenizável a mera ‘possibilidade’, se bem que em menor quantidade do que a ‘probabilidade’, base dos lucros cessantes propriamente ditos’.

Em muitas oportunidades, ao ser concedida indenização por lucros cessantes, os tribunais indenizam, ainda que em nosso país não se

Superior Tribunal de Justiça

refiram ordinariamente à expressão, à perda de oportunidade ou perda de chance (...) A oportunidade, como elemento indenizável, implica a perda ou frustração de uma expectativa ou probabilidade."

Tendo por base o entendimento doutrinário e jurisprudencial, conclui-se que a aplicação da "teoria da perda da chance" ao atendimento do pleito indenizatório está adstrito aos casos em que o dano seja real, atual e certo, dentro de um juízo de probabilidade, e não de mera possibilidade, porquanto o dano potencial ou incerto, no âmbito da responsabilidade civil, em regra, não é indenizável.

Na espécie, o Tribunal de origem, ao analisar a relação entre a conduta profissional do médico ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO e o resultado morte causado à paciente Eracy Moura dos Santos, assim fundamentou, in verbis:

"O resultado morte poderia ter sido evitado caso tivesse havido acompanhamento prévio e contínuo de cardiologista, caso tivesse havido acompanhamento médico mais próximo, no período pós-operatório? **Não há como fazer qualquer afirmação. Mas é possível que sim**" (grifo desta Relatoria).

Tal conclusão do Tribunal de origem, aliada aos fundamentos expostos, afasta a aplicação da teoria da perda da chance ao caso dos autos.

Dessa forma, ante a ausência de culpa, denexo de causalidade, e em face da não aplicação da "teoria da perda da chance" à hipótese dos autos, resta afastada a responsabilização do recorrente ANTÔNIO CLÁUDIO MARQUES CASTILHO.

Assim sendo, dá-se provimento ao recurso especial, para julgar improcedente a ação de indenização por danos morais, invertidos os ônus sucumbenciais. Julga-se prejudicada a questão relativa ao termo inicial da incidência dos juros legais.

É o voto.

MINISTRO MASSAMI UYEDA

Relator

Anexo IX

ANGELA

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 81.101 - PARANÁ (95/0063170-9)

RELATOR : MIN. WALDEMAR ZVEITER
RECTE : JANE CARVALHO MARQUESI
ADVOGADO : MAURÍCIO SAGBONI MONTANHA TEIXEIRA E OUTRO
RECDO : MANOEL AUGUSTO RIBAS CAVALCANTI
ADVOGADO : SÉRGIO BOTTO DE LACERDA E OUTRO

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL - CIRURGIA ESTÉTICA OU PLÁSTICA - OBRIGAÇÃO DE RESULTADO (RESPONSABILIDADE CONTRATUAL OU OBJETIVA) - INDENIZAÇÃO - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA.

I - Contratada a realização da cirurgia estética embelezadora, o cirurgião assume obrigação de resultado (Responsabilidade contratual ou objetiva), devendo indenizar pelo não cumprimento da mesma, decorrente de eventual deformidade ou de alguma irregularidade.

II - Cabível a inversão do ônus da prova.

III - Recurso conhecido e provido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Senhores Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, reafirma-se a decisão proferida na sessão do dia 06 de abril de 1999; Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Eduardo Ribeiro, por maioria, vencido o Sr. Ministro Menezes Direito, conhecer do recurso especial e lhe dar provimento. Participaram do julgamento os Senhores Ministros Menezes Direito, Nilson Naves e Eduardo Ribeiro. Não participou do julgamento o Sr. Ministro Ari Pargendler (§ 2º, art. 162, RISTJ).

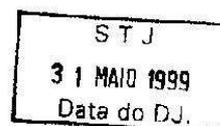
Brasília, 13 de abril de 1999 (data do julgamento).

Carlos Alberto Menezes Direito

MINISTRO Carlos Alberto Menezes Direito, Presidente

Waldemar Zveiter

MINISTRO Waldemar Zveiter, Relator



91101_resp_es

Superior Tribunal de Justiça

Zita

RECURSO ESPECIAL Nº 81.101 - PARANÁ

RELATÓRIO

O EXMO. SENHOR MINISTRO WALDEMAR ZVEITER: -

O acórdão impugnado concluiu (fls. 106):

"A OBRIGAÇÃO MÉDICA É DE MEIO E NÃO DE RESULTADO. DEPENDE PORTANTO, DE PROVA DAQUELE QUE SE DISSER PREJUDICADO. ESTANDO, DESTA FORMA, A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS FUNDADA NA TEORIA DA CULPA (ART. 1545 DO C.C.), INAPLICÁVEL À ESPÉCIE O DISPOSTO NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, EM SEU ART. 6º, INCISO VIII, MESMO PORQUE O PRÓPRIO CÓDIGO EM SEU ART. 14, § 4º EXCLUI A POSSIBILIDADE DA PRETENDIDA INVERSÃO DO ÔNUS PROBANDI."

No Especial de fls. 127, alega a recorrente que o aresto violou os arts. 6º, VIII e 14 § 4º da Lei 8078/90, além de ter divergido de precedente do STJ.

Ao fundamento de que a controvérsia travada manifesta-se nitida - fls. 165, deferiu-se o seguimento do apelo.

É o relatório.

CONDIÇÕES PRÉ-ANESTÉSICA						
DIAGNÓSTICO			CIRURGIA PROPOSTA			
CONDIÇÕES CLÍNICAS		PESO	ALTURA	PA	FC	TEMP.
ANESTESIAS ANTERIORES						
CARDIOVASCULAR						
RESPIRATÓRIO						
ENDOCRINOPATIA			COAGULOPATIA			
NEUROLÓGICO			LOCOMOTOR			
MEDICAMENTOS EM USO			ALERGIAS			
FUMO	ÁLCOOL		DROGAS			
BOCA / NARIZ / MOBILIDADE DO PESCOÇO		MALAMPATI <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV			COLUNA	
EXAMES PRÉ-OPERÁRIOS						
JEJUM/ORIENTAÇÃO			MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
ANESTESIA PROPOSTA			ASA			
OBSERVAÇÕES						

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

OBSERVAÇÕES							
ÍNDICE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		FIM DE CIRURGIA	CHEGADA RPA	30"	60"	90"	SAÍDA
ATIVIDADE	2 - APTO MOVER 4 EXTREMIDADES 1 - APTO MOVER 2 EXTREMIDADES 0 - APTO MOVER 0 EXTREMIDADES						
RESPIRAÇÃO	2 - APTO RESPIRAR PROFUNDO E TOSSIR 1 - DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 - APNÉIA						
CIRCULAÇÃO	2 - PA>OU<20% DO VALOR PRÉ-ANESTÉSICO 1 - PA>OU<20-50% DO VALOR PRÉ-ANESTÉSICO 0 - PA>OU<50% DO VALOR PRÉ-ANESTÉSICO						
CONSCIÊNCIA	2 - DESPERTO TOTALMENTE 1 - DESPERTO AO CHAMAR 0 - NÃO RESPONDE						
COLORAÇÃO	2 - RÓSEO 1 - PÁLIDO, MARMÓREO 0 - CIANÓTICO						
TOTAL							
ANESTESIOLOGISTA							

Anexo XI

PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 8.334/2000 – Parecer CFM nº 22/2004

INTERESSADO: Dr. V. A. C. J.

ASSUNTO: Termo de consentimento esclarecido

RELATOR: Cons. Oliveiros Guanais de Aguiar

EMENTA: I- O médico, pela natureza de seu trabalho, não pode garantir resultado do tratamento que faz, o que é reconhecido pelo próprio Código de Defesa do Consumidor, que o obriga a responder por responsabilidade subjetiva (determinação da culpa), quando for acusado.

II- O consentimento esclarecido não precisa ser firmado para produzir efeitos, salvo em casos de pesquisa médica ou quando tratar-se de cirurgias mutiladoras necessárias para preservar a vida do paciente.

Em mensagem dirigida ao CFM, o dr. V. A. C. J., promotor de Justiça do Estado de Goiás, de forma elegante e erudita manifesta e fundamenta divergências em relação ao Parecer CFM nº 10/96, da lavra do conselheiro Júlio César Meirelles, que tem por ementa:

“Deve o médico esclarecer o paciente sobre práticas diagnósticas e terapêuticas, conforme preceitua o Código de Ética Médica, não sendo considerada obrigatória a fixação de termo por escrito”.

O ilustre representante do Ministério Público, estudioso da matéria referente ao consentimento esclarecido, relata que em painel havido sobre o assunto por ocasião do Congresso Brasileiro de Responsabilidade Civil, realizado em Florianópolis (em 4 e 5 de agosto de 2000), juristas de renome e competência sobre a matéria manifestaram-se “no sentido de que se o médico não fizer esclarecimento por escrito, pegando o consentimento com a assinatura do paciente, ele estará obrigado a indenizar, caso surja a dúvida se o esclarecimento foi prestado ou mesmo se foi prestado devidamente”.

A seguir, o sr. promotor refere-se ao Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078) e cita os artigos:

8º- *Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores(...).*

14º - *O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores(...).*

Parágrafo 4º - A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante verificação da culpa.

Cita ainda os arts. 38 (competência de ônus de prova) e 63 – que diz, no seu parágrafo 1º:

“Incorrerá nas mesmas penas quem deixar de alertar, mediante recomendações escritas e ostensivas (grifo do missivista) sobre a periculosidade do serviço a ser prestado”.

A seguir, o promotor afirma:

“Tanto os doutrinadores como a justiça, em seus julgados, patentearam que o contrato de serviços médicos se enquadra como sendo uma relação de consumo e é regido pelo Código de Defesa do Consumidor”.

Continuando, o promotor apresenta manifestações de juristas a que ele se refere, sem nominá-los, como autores do anteprojeto do Código do Consumidor, considerando o serviço uma relação de consumo.

Ele próprio, dr. V. A., cita sua obra “*Ação Civil Ex Delicto*”, onde afirma que “*a novidade da lei consumerista é que se antes tais informações poderiam ser prestadas verbalmente, agora deixar de prestar por escrito é considerado ato ilícito, e mais ainda, crime*”. [O autor não apresentou, de forma coerente, as premissas que justificaram essa sua afirmativa, retiradas dos arts. 46, 56, 59 e 70 do Código de Ética Médica, que se referem a normas relativas a situações diferentes]

Prosseguindo, o dr. V. A. contrapõe-se ao parecer do conselheiro Júlio César, pois, na sua opinião, o consentimento tem de ser material, escrito e assinado.

E pede parecer do CFM sobre o assunto, pois “*considera ilegal a conduta omissiva do médico que deixa de obter do paciente termo de consentimento que possa acarretar este tipo de risco à saúde física ou mental (art. 63, parágrafo 1º do CDC), bem como a conseqüente repercussão deste fato como infração ética*” (arts. 4º e 38 do CEM).

O Setor Jurídico do CFM pronunciou-se em Nota Técnica (193/2001), [e embora] admitindo e declarando que “*existem decisões em nossos tribunais no sentido de ser uma relação de consumo a assistência médica prestada pelo médico ou pela instituição de saúde, não obstante a responsabilidade do profissional médico depender da demonstração de culpa*”.

Continuando, o Jurídico afirma que “*apesar do entendimento do judiciário, esta Casa não trata a relação médico-paciente como uma relação de consumo, sobretudo porque o Código de Ética Médica proíbe a mercantilização da medicina*”.

E acrescenta que “*em vista das peculiaridades da prática da medicina, que antes de tudo é uma ciência humana, o diagnóstico de um sintoma e o tratamento indicado para sua solução pode ocasionar resultados inesperados e imprevisíveis numa pessoa e ser eficaz para outra que apresenta os mesmos sintomas, sem que isto indique que o médico tenha agido com negligência ou que não tenha havido correção no diagnóstico e na terapêutica indicada*”.

A seguir, o referido parecer vale-se de lições do professor Genival Veloso de França que, na sua obra “*Comentários ao Código de Ética Médica*”, 3ª ed., ensina que “*a informação deve ser simples, objetiva, aproximativa e honesta(...) [vazada] em linguagem simples e acessível sobre os riscos, vantagens e desvantagens, a fim de configurar-se um consentimento esclarecido (princípio da informação adequada)*”.

Cumprindo observar que o Conselho Federal de Medicina, nas Resoluções nº 1.544/99 e nº 1.598/00, refere-se ao consentimento esclarecido por escrito como “*obrigação do médico nos procedimentos e hipóteses regulamentadas nessas resoluções*” [As resoluções referidas dizem respeito a esclarecimentos referentes à obtenção de amostras de sangue do cordão umbilical e placenta e a tratamento de pacientes pediátricos, respectivamente].

PARECER

O dr. V. A., que provocou este assunto, deu-nos a oportunidade de falar sobre ele, apesar de ser um tema já comentado vezes sem contas no Código de Ética Médica, na Bioética, e na esfera do Direito.

Os assuntos trazidos pelo dr.V. A. são dois, e distintos:

1. O médico em face do Código de Defesa do Consumidor;
2. O consentimento esclarecido, formalmente elaborado, por escrito (destacamos).

Primeiro assunto:

O Código de Defesa do Consumidor, instrumento avançado a serviço da cidadania e, mais precisamente, dos cidadãos mais fracos no contexto das relações humanas, definiu objetivos, situações novas e finalidades sociais.

É um conjunto de normas claras e harmoniosas, que trata das relações de consumo de bens e serviços, valorizando a teoria do risco-proveito (responsabilidade objetiva).

O Código de Defesa do Consumidor é contundente: a responsabilidade é do fornecedor, ressaltando-se, como exceção principal, a culpa exclusiva da vítima.

No entanto, o CDC, em seu art. 14, parágrafo 4º, exclui, como é cediço, a responsabilidade objetiva para os profissionais liberais. Estes respondem, sim, pela responsabilidade subjetiva, pela teoria da culpa.

[No que diz respeito aos advogados, a sua inclusão nesta regra é antiga, pois lidam eles com formas de condutas subjetivas, penderes de circunstâncias que não permitem previsão de resultado. (A antiga legislação visigótica de Fuero Juzgo cominava pena de morte para o advogado que promettesse resultado de ganho em suas causas)].

E o que se poderia dizer do médico que garantisse curar um paciente grave ou mesmo que promettesse um resultado que as leis da natureza podem impedir que seja alcançado?

Sábios e prudentes foram os que elaboraram a Legislação do CDC, retirando dos médicos e dos profissionais liberais, *lato sensu*, a responsabilidade do resultado certo. Isto seria uma exigência absurda e cruel.

Ou, no caso da medicina, uma ignorância do que significam as incertezas do mundo biológico, cujas conseqüências não cabem ao homem determinar.

O princípio filosófico da *causalidade necessária* estabelece que não existe efeito sem que exista causa determinante (*nullum effectum sine causa*).

Dessa forma, não se pode afirmar que uma coisa aconteceu por fatalidade. No entanto, atribuir ao trabalho do homem, em certos procedimentos, a causa pelo que veio a acontecer de modo desfavorável sem verificar as razões determinantes do resultado, é imensa insensatez.

Se o médico for obrigado a responder por resultados os doentes continuarão existindo mas os médicos desaparecerão, principalmente porque os resultados prometidos ou esperados podem não ser atingidos, dando azo a desentendimentos, querelas e dissabores que podem resvalar para o campo dos litígios, desestruturando a imagem do médico como ser humano e profissional que um dia prometeu ajudar a seu semelhante.

No campo da responsabilidade civil de que se ocupa o CDC em sua quase inteireza, o médico, a ser considerado um fornecedor de serviços submetido à teoria do risco-proveito, estará, naturalmente, obrigado a proteger-se no desempenho dessa condição.

De um lado, ficará o médico, fornecedor de serviços que se obriga ao resultado certo; de outro, o consumidor do serviço (que antigamente chamava-se doente; depois, paciente; a seguir, cliente; agora, consumidor).

Desta forma, seria realmente preciso haver um contrato expresso de prestação de serviços em que ambas as partes, o médico (fornecedor) e o doente (consumidor), registrariam contratualmente, respeitando a ortodoxia das formalidades cartoriais, seus deveres e direitos, ignorando-se a natureza do trabalho médico e as necessidades do ser humano doente, muitas vezes sem recursos para retribuir qualquer forma de serviço que lhe fosse prestado. Por conseqüência, deixaria de existir na medicina lugar para a benevolência e a solidariedade humana, porque a relação do consumidor com o prestador de serviços, regida pelo CDC e inspirada no risco-proveito, não acolheria mais o ato milenar que se chama caridade.

Seria, pois, lamentável se regras de construtivismo jurídico viessem a ser postas em prática nos tribunais, à revelia da lei ou em nome do direito de interpretá-la, mesmo quando a sua clareza é total (...*cessat interpretatio*), como se dá com o parágrafo 4º do art. 14 do CDC.

Segundo assunto:

Quanto ao consentimento informado por escrito, ressalvadas algumas exceções, pouco significado ele tem no campo do ato médico, pois em consentimento não protege nem isenta médicos ou pacientes de resultados desfavoráveis que venham a ocorrer, pois se a parte a quem foi destinado o tratamento sentir-se prejudicada, com ou sem razão, pode atribuir o insucesso à conduta faltosa do médico, que há de responder por ela.

[O consentimento por escrito deve ser obtido no âmbito da pesquisa, na extirpação de membros, em cirurgias mutiladoras e em outras situações que devem ser avaliadas pelo médico].

Para os tratamentos já consagrados pela ciência da época deve o doente saber dos benefícios e riscos a que está se expondo; deve ser informado do seu diagnóstico, prognóstico e tratamento, conforme preceitua o art. 59 do Código de Ética Médica [Esse dever de informar, apesar do seu caráter ético, comporta variantes de culturas e países, além da conveniência de que seja individualizado em função das condições psicológicas, espirituais e de personalidade de cada paciente. Essas variações, no entanto, não desobrigam o médico de informar a quem for responsável pelo paciente ou estiver mais interessado e em condições adequadas para cuidar dele].

Desta forma, concordamos com a síntese precisa do conselheiro Júlio César Meirelles:

"(...) aceitar a perigosa tese de fixar obrigações e riscos em documento pode nivelar a medicina por baixo com práticas anti-sociais cujo lema é: 'vale o que está escrito'".

E concluindo.

1º - No Código de Defesa do Consumidor o médico responde por culpa (responsabilidade subjetiva). Assim está, de forma cristalina, no parágrafo 4º do art. 14 do referido documento, e a sua apresentação é tão clara que chega a ter o sentido de um axioma. Ir de encontro a ele é um ato de afronta linguística (semântica) e legal. Assim, sentenças, doutrinas, argumentos de autoridade em contradição com o que manda a lei devem carecer de validade

jurídica, salvo se não estivermos vivendo mais no Estado Democrático de Direito.

2º – O consentimento esclarecido autorizado por assinatura deve ser observado no âmbito da pesquisa e dos procedimentos mutiladores necessários para restaurar a saúde ou manter a vida do paciente.

Não encontramos fundamento para que o trabalho médico que obedece aos princípios técnicos, honestos e éticos da medicina consagrada em espaço-tempo determinado precise de autorização escrita para ser realizada.

Este é o nosso entendimento.

Brasília, 20 de janeiro de 2003.

Anexo XII

Superior Tribunal de Justiça

EDcl no RECURSO ESPECIAL N° 880.349 - MG (2006/0187390-4)

EMBARGANTE : LUIZ CARLOS VIANA
 ADVOGADOS : ADRIANA MANDIM THEODORO DE MELLO E OUTRO(S)
 BRUNO RESENDE RABELLO
 HUMBERTO THEODORO NETO
 EMBARGADO : HÉLIO RICARDO FORTES RIBEIRO E OUTROS
 ADVOGADO : RODRIGO SANTOS PINHEIRO E OUTRO
 EMBARGADO : SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE
 ADVOGADO : GUSTAVO T PIMENTA E OUTRO(S)
 EMBARGADO : UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO
 MÉDICO
 ADVOGADOS : MARIA INES CALDEIRA PEREIRA DA SILVA MURGEL
 MARLUS KELLER RIANI E OUTRO(S)
 EMBARGADO : FÁBIO PAIVA TAVARES
 ADVOGADO : FABIANO CORDEIRO COZZI E OUTRO(S)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
(Relator):

Cuida-se de embargos declaratórios interpostos pelo demandado LUIZ CARLOS VIANA contra acórdão que conheceu parcialmente do recurso especial interposto pelos autores e, nessa parte, deu-lhe provimento para majorar o valor fixado a título de indenização por danos morais de R\$9.000,00 (nove mil reais) para R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), assim ementado:

DIREITO CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. ERRO MÉDICO. OPERAÇÃO GINECOLÓGICA. MORTE DA PACIENTE. VERIFICAÇÃO DE CONDUTA CULPOSA DO MÉDICO-CIRURGIÃO. NECESSIDADE DE REEXAME DE PROVA. SUMÚLA 7/STJ. DANOS MORAIS. CRITÉRIOS PARA FIXAÇÃO. CONTROLE PELO STJ.

I – Dos elementos trazidos aos autos, concluiu o acórdão recorrido pela responsabilidade exclusiva do anestesista, que liberou, precocemente, a vítima para o quarto, antes de sua total recuperação, vindo ela a sofrer parada cardíaco-respiratória no corredor do hospital, fato que a levou a óbito, após passar três anos em coma. A pretensão de responsabilizar, solidariamente, o médico cirurgião pelo ocorrido importa, necessariamente, em reexame do acervo fático-probatório da causa, o que é vedado em âmbito de especial, a teor do enunciado 7 da Súmula desta Corte.

II – O arbitramento do valor indenizatório por dano moral sujeita-se ao controle do Superior Tribunal de Justiça, podendo ser majorado quando se mostrar incapaz de punir adequadamente o autor do ato ilícito e de indenizar satisfatoriamente os prejuízos extrapatrimoniais sofridos.

Superior Tribunal de Justiça

EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 880.349 - MG (2006/0187390-4)

RELATOR : **MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
EMBARGANTE : LUIZ CARLOS VIANA
ADVOGADOS : ADRIANA MANDIM THEODORO DE MELLO E OUTRO(S)
 BRUNO RESENDE RABELLO
 HUMBERTO THEODORO NETO
EMBARGADO : HÉLIO RICARDO FORTES RIBEIRO E OUTROS
ADVOGADO : RODRIGO SANTOS PINHEIRO E OUTRO
EMBARGADO : SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE
ADVOGADO : GUSTAVO T PIMENTA E OUTRO(S)
EMBARGADO : UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO
 MÉDICO
ADVOGADOS : MARIA INES CALDEIRA PEREIRA DA SILVA MURGEL
 MARLUS KELLER RIANI E OUTRO(S)
EMBARGADO : FÁBIO PAIVA TAVARES
ADVOGADO : FABIANO CORDEIRO COZZI E OUTRO(S)

EMENTA

PROCESSO CIVIL E CIVIL. RECURSO ESPECIAL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. HONORÁRIOS DE ADVOGADO.

- 1- Verificada a existência de omissão na decisão embargada acerca da sucumbência recíproca, acolhem-se os embargos de declaração.*
- 2 - Afastada a responsabilidade de um dos réus pelo evento danoso, devem ser fixados honorários em favor do seu advogado.*
- 3 - Embargos declaratórios acolhidos.*

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, acolher os embargos de declaração, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Vasco Della Giustina (Desembargador convocado do TJ/RS), Nancy Andrighi, Massami Uyeda (Presidente) e Sidnei Beneti votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 02 de dezembro de 2010(Data do Julgamento)

MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
 Relator

Superior Tribunal de Justiça

Recurso especial provido, em parte. (fl. 2766)

Em suas razões recursais, o embargante alega que o acórdão foi omissivo no que concerne a redefinir a distribuição dos honorários sucumbenciais.

É o relatório.



Superior Tribunal de Justiça

EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 880.349 - MG (2006/0187390-4)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
(Relator):

Assiste razão ao embargante.

De fato, o acórdão embargado foi omissivo acerca da fixação dos honorários de advogado em favor do embargante, porquanto apenas os arbitrou em favor dos autores, fixando-os em 20% sobre o valor da condenação, sendo concedida indenização de trinta mil reais (R\$ 30.000,00) para cada autor.

Declarada, porém, a improcedência da pretensão de indenização por danos morais deduzida pelos autores, filhos da falecida, em face do médico embargante, devem também ser fixados honorários em favor do seu advogado.

Como inexistente condenação, aplica-se ao caso o disposto no art. 20, § 4º, do CPC, segundo o qual:

Art. 20. A sentença condenará o vencido a pagar ao vencedor as despesas que antecipou e os honorários advocatícios. Esta verba honorária será devida, também, nos casos em que o advogado funcionar em causa própria.

§ 4º Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante apreciação equitativa do juiz, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior

Ante o exposto, acolho os embargos declaratórios para reconhecer a omissão no acórdão embargado, arbitrando a verba honorária em favor do médico embargante na mesma quantia em que o fez o acórdão recorrido a fls. 2.532-2.533 (R\$ 1.500,00 hum mil e quinhentos reais).

É o voto.

Anexo XIII

Superior Tribunal de Justiça

Zita.

RECURSO ESPECIAL Nº 53.104-7 - RIO DE JANEIRO (94/0026022-9)
RELATOR : O EXMO. SENHOR MINISTRO WALDEMAR ZVEITER
RECORRENTE : OSVALDO LUIZ DIAS BERG
RECORRIDO : NORMA PACHECO SENNA
ADVOGADOS : DRS. PAULO FONTENELLE E OUTROS E
 ROBERTO ROMULO DE OLIVEIRA E OUTROS

EMENTA

CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO - ERRO MÉDICO - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO CIRURGIÃO (CULPA IN ELIGENDO) E DO ANESTESISTA RECONHECIDA PELO CORDÃO RECORRIDO - MATÉRIA DE PROVA - SÚMULA 7/STJ.

I - O médico chefe é quem se presume responsável, em princípio, pelos danos ocorridos em cirurgia pois, no comando dos trabalhos, sob suas ordens é que executam-se os atos necessários ao bom desempenho da intervenção.

II - Da avaliação fática resultou comprovada a responsabilidade solidária do cirurgião (quanto ao aspecto "in eligendo") e do anestesista pelo dano causado. Insuscetível de revisão esta matéria a teor do enunciado na Súmula 07/STJ.

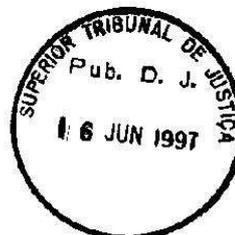
III - Recurso não conhecido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Senhores Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, prosseguindo o julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Eduardo Ribeiro, acompanhando o Sr. Ministro Relator, por unanimidade, não conhecer do recurso especial. Participaram do julgamento os Senhores Ministros Cláudio Santos, Nilson Naves, Eduardo Ribeiro e Costa Leite. Não participou do julgamento o Sr. Ministro Menezes Direito (§ 2º, art. 162, RISTJ).
 Brasília, 04 de março de 1997 (data do julgamento).

MINISTRO WALDEMAR ZVEITER
 Presidente e Relator

094002600
 022913000
 005310420



Superior Tribunal de Justiça

Chrystine

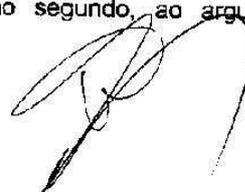
RECURSO ESPECIAL Nº 53.104-7-RJ094002600
022923000
005310400**RELATÓRIO****O EXMO SENHOR MINISTRO WALDEMAR ZVEITER:-**

Nos autos da Ação de Indenização (responsabilidade civil por erro médico) proposta por **Norma Pacheco Senna** contra **Hospital São Lucas e outros, Oswaldo Luiz Dias Berg** e **Alexandre Roberto Mesquita** apresentam contra o aresto de fls. 572 recursos especiais.

O primeiro recorrente, com apoio na letra c, pretende que o julgado tenha dissentido de precedente que registra (fls. 601), oriundo da 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

No segundo apelo, arrimando-se nas letras a e c, alega-se que o **decisum** teria violado a regra do **art. 72 do CPC** e divergido de entendimento que outros precedentes versam sobre o tema processual (fls. 581).

O despacho de fls. 624 defere o processamento do recurso de **Oswaldo Luiz Dias Berg**, ao entendimento de que resultou comprovado o dissídio, todavia, nega seguimento ao segundo, ao argumento de que o



REsp. nº 53.104-7-RJ

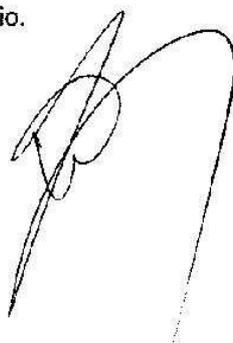
Superior Tribunal de Justiça
Relatório

2

outros precedentes versam sobre o tema processual (fls. 581).

O despacho de fls. 624 defere o processamento do recurso de **Oswaldo Luiz Dias Berg**, ao entendimento de que resultou comprovado o dissídio, todavia, nega seguimento ao segundo, ao argumento de que o denunciado teve acesso a todas as provas periciais produzidas na fide primária. Contra tal denegação apresenta o Agravo de Instrumento nº 55.872-0-RJ, o qual sobe em apenso aos autos.

É o relatório.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'M' with a long, sweeping tail that extends downwards and to the right.

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO

TERCEIRA TURMA

094002600
022943000
005310440

Nro. Registro: 94/0026022-9

RESP 00053104/RJ

PAUTA: 17 / 04 / 1995

JULGADO: 04/03/1997

Relator

Exmo. Sr. Min. WALDEMAR ZVEITER

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Min. WALDEMAR ZVEITER

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ROBERTO CASALI

Secretário (a)

LEILA MARIA PEDROSA ROGGIA

AUTUAÇÃO

RECTE : OSWALDO LUTZ DIAS BERG
 ADVOGADO : PAULO FONTENELLE E OUTROS
 RECDO : NORMA PACHECO SENNA
 ADVOGADO : ROBERTO ROMULO DE OLIVEIRA E OUTROS

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA ao apreciar o processo em epígrafe, em sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

"Proseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Eduardo Ribeiro, acompanhando o Sr. Ministro Relator, a Turma, por unanimidade, não conheceu do recurso especial."

Participaram do julgamento os Srs. Ministros Claudio Santos, Nilson Naves, Eduardo Ribeiro e Costa Leite.

Não participou do julgamento o Sr. Ministro Menezes Direito (§ 2º, art. 162, RISTJ).

O referido é verdade. Dou fé.
 Brasília, 4 de março de 1997


 SECRETÁRIO(A)