

ALTA A PEDIDO E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Jaciara Lauffer

acadêmica do 9º. semestre do curso de Direito

INTRODUÇÃO

Um dos dilemas enfrentados na prática clínica diária dos profissionais da medicina é o seguinte: “Qual é a conduta adequada, do ponto de vista ético e jurídico, diante da manifestação da vontade por parte do paciente em solicitar alta hospitalar contra a indicação do médico assistente”? Para um leigo, em um primeiro momento, esta parece ser uma questão de fácil resolução, pois bastaria deixar o paciente ir embora. Entretanto, é o médico quem responde pelas conseqüências relativas a esta alta.

Quando um paciente está internado em uma instituição hospitalar, sob os cuidados de um médico, é prerrogativa médica decidir acerca do melhor momento para concessão (ou não) da alta hospitalar¹, pois é o médico quem detém os conhecimentos técnicos e pode prever as conseqüências de sua atitude, dentro das circunstâncias normais esperadas. Porém, há casos em que o próprio paciente, por diversos motivos, solicita a alta hospitalar, a chamada **alta a pedido**.

Os médicos deparam-se, cotidianamente, com este dilema: respeitar a autonomia do paciente e conceder a alta hospitalar, mesmo sabendo que esta decisão poderá trazer prejuízos à saúde do paciente, ou recusar-se a atender o pedido, mantendo o paciente internado mesmo contra sua vontade, tendo como norte o princípio da beneficência, uma vez que o direito à vida é indisponível e ao médico cabe zelar pela vida.

¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Centro de Bioética. **Manuais, Internação, Alta Médica e Remoção de Pacientes**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst/etica_gineco_obstetr_capitulo_9.htm>. Acesso em: 26 dez. 2005. “A alta médica hospitalar, como o próprio termo diz, é prerrogativa do médico”.

Esta discussão que se inicia limitar-se-á a pacientes adultos, plenamente capazes², e competentes³; não adentraremos no campo da competência neste momento a fim de não pormenorizar por demais o tema.

Suponha-se que o médico ceda à vontade do paciente e não pratique qualquer ato, resultando na morte deste. Suponha agora que mesmo desrespeitando o paciente, o médico realize determinado procedimento que acabe por levar o paciente à morte. Será que o profissional seria responsabilizado em ambos os casos?

Estará o médico a salvo de um processo se o paciente assinar um termo dizendo que conhece os riscos que corre caso decida interromper o tratamento, prática esta comum nos hospitais.

Resta claro que o tema **alta a pedido** permeia o cotidiano médico, entretanto os seus limites éticos e legais não são bem definidos. A discussão do tema envolve várias nuances que serão devidamente abordadas.

O objetivo principal do presente estudo é verificar em que medida os termos de alta hospitalar a pedido do paciente têm o poder de isentar o médico e a instituição hospitalar da responsabilidade por quaisquer conseqüências adversas à saúde diretamente relacionadas a esta alta.

A primeira parte terá um enfoque bioético. Primeiramente, através da análise do conflito que surge, neste caso, entre os princípios bioéticos da autonomia e da beneficência; também a análise da relação existente entre a alta a pedido e o consentimento informado; e entre alta a pedido e medicina defensiva.

Em um segundo momento, aprofundaremos o estudo da responsabilidade civil do médico e sobre a cláusula de não indenizar presente nos termos de alta a pedido.

² Capacidade aqui referida como capacidade civil, regulada pelo Código Civil.

³ A terminologia competência é aqui utilizada no sentido da capacidade do paciente de se autodeterminar, ou seja, tomar decisões por si próprio. Sobre este tema específico pode-se aprofundar ao ler: Determinando a competência dos pacientes. Gabriel José Chittó Gauer et al. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio; ÁVILA, Gustavo Noronha (Org.). **Ciclo de Conferências em Bioética I**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

1 ASPECTOS BIOÉTICOS DA ALTA A PEDIDO

1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONFLITO ENTRE OS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA AUTONOMIA E DA BENEFICÊNCIA

Os médicos ainda são talhados nas Escolas de Medicina segundo a postura ética histórica do Juramento de Hipócrates⁴, este repetido até os dias de hoje em quase a totalidade das cerimônias de colação de grau. Essa postura, considerada virtuosa, é característica

[...] daquele que busca o bem-estar do próximo, às vezes, às custas do seu próprio, ou seja, coloca como regra básica o princípio da beneficência. Esse juramento continua ainda hoje, a ser a expressão dos ideais da Medicina e o alicerce da postura ética do médico. Há nele, entretanto, uma lacuna no que se refere ao livre arbítrio do paciente para decidir⁵.

Ocorre que a Medicina evoluiu sobremaneira. Antigamente, não havia sequer tratamento para a maioria das patologias, sendo que o médico não tinha então sobre o que consultar o paciente. A evolução científica e tecnológica recente na área médica aumentou em muito a complexidade dos fatores envolvidos na escolha de um ou outro tipo de tratamento – e a relação médico-paciente está tentando adaptar-se a esta evolução. O médico formado sob a égide do princípio da beneficência, o qual estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não⁶, confronta-se diuturnamente com o exercício, por parte de seu paciente, do princípio da autonomia que diz respeito ao

⁴ Segundo parágrafo do juramento hipocrático: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.” <http://www.cremesp.com.br/historico/hipocrates/jur_hipocrates.htm>. Acesso em: 29 nov. 2006.

⁵ MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, Sérgio I. Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-54.

⁶ GOLDIM, José Roberto. **Princípio da Beneficência**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/benefic.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

paciente como pessoa individual e com poder de decisão sobre o próprio tratamento⁷.

A linha que separa esses dois princípios é, em muitos casos, tênue ou até inexistente. Acrescentando Genival Veloso de França que:

a velha fórmula de entender que o médico sabe sempre o que é bom para o paciente – sem nenhuma justificativa ou consentimento do paciente ou de seus familiares, vai sendo paulatinamente substituída por outra onde as pessoas exigem o direito de saber as razões e o intuito do que nelas se faz⁸.

A questão de verificar se o respeito à autonomia dos pacientes deve ter ou não prioridade sobre o dever de beneficência profissional tornou-se um problema central na ética biomédica. Sobre o tema discorrem com propriedade Beauchamp e Childress ao argumentarem que:

o debate sobre qual princípio ou modelo deveria ser prioritário na prática médica não pode ser resolvido de forma tão simplificada, defendendo-se um princípio contra o outro ou transformando um princípio em absoluto. Nem o médico nem o paciente possuem uma autoridade preferencial e prioritária, e não há na ética biomédica nenhum princípio preeminente, nem mesmo a admonição de agir no melhor interesse do paciente. Essa posição é consistente com nossa afirmação anterior de que a beneficência fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e da assistência à saúde, enquanto o respeito à autonomia (e a não-maleficência e a justiça) estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta⁹.

Os princípios éticos da beneficência e da autonomia coexistem no tempo e espaço, não devendo ser excludentes, mas complementares, objetivando o bem-estar do paciente.

Na mesma linha de pensamento, para José Roque Junges:

A autonomia não é uma alternativa para a beneficência. Devem ser complementares. Por um lado, a autonomia está a serviço da beneficência, para que esta não seja reduitiva e desrespeitosa. Por outro lado, a

⁷ CLOTET, Joaquim. **Bioética: Uma Aproximação**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 75.

⁸ FRANÇA, Genival Veloso de. **A Autonomia do Paciente no Código de Ética Médica**. Disponível em: <<http://www.medicinalegal.com.br/artigos.asp?Crit=21>>. Acesso em: 26 dez. 2005.

⁹ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. p. 296-297.

beneficência está a serviço da autonomia, para que esta possa chegar a um consentimento informado e competente¹⁰.

A preponderância da beneficência na ética médica tradicional leva alguns a defini-la como paternalista¹¹. Para Franklin Leopoldo e Silva o paternalismo resulta do caráter assimétrico da relação médico-paciente, sendo que essa assimetria é devida a duas razões principais, a natural fragilidade do paciente e a autoridade proveniente do saber. Sempre que a beneficência ultrapassar os limites da consideração do paciente como sujeito individual, se poderá falar em exorbitância ou extrapolação, uma vez que o limite da beneficência, em certa medida, é a autonomia¹². O paternalismo determinou, durante séculos, a tradição médica. Nunca discutiu-se que cabia ao médico determinar o que era bom para o paciente, sem a participação deste nas decisões. Para Gabriel Oselka, coordenador do Centro de Biótica do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP).

O Brasil tem forte tradição de uma medicina paternalista. Parte-se do princípio de que, como o médico é detentor do conhecimento e tem interesse legítimo no bem-estar do paciente, é ele quem deve tomar a decisão. A participação do paciente neste processo inexistente ou é apenas uma formalidade¹³.

A mudança de paradigma vem ocorrendo paulatinamente desde a segunda metade do século 20, tendo iniciado nos EUA e em países da Europa Ocidental, passando o paciente a participar ativamente das decisões acerca de seu tratamento. Teve como marco histórico o *Patient's Bill of Rights*, de 1973, documento da Associação Americana de Hospitais onde dispunha-se que o paciente tem o direito

¹⁰ JUNGES, José Roque. **Bioética: Perspectivas e Desafios**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 1999. p. 47.

¹¹ CLOTET, Joaquim. **Bioética: Uma Aproximação**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 69.

¹² SILVA, Franklin Leopoldo e. Beneficência e Paternalismo. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, ano X, n. 88, Brasília, 1997. p. 8-9.

¹³ MANTOVANI, Flávia; OLIVEIRA, Ana Paula de. Cresce Número de Médicos que Divide com Paciente Escolha de Tratamento. **Folhaonline**, 28 abr. 2005, 10h28. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3914.shtml>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

de receber de seu médico a informação necessária para dar o consentimento informado antes do início de qualquer tratamento¹⁴.

Podemos encontrar no Código de Ética da Associação Médica Mundial (*The World Medical Association*), dentro dos deveres gerais do médico: “O médico deve respeitar o direito de um paciente competente em aceitar ou negar o tratamento”¹⁵.

Nos países desenvolvidos, a mudança de paradigma está materializada, e atitudes paternalistas são consideradas eticamente suspeitas¹⁶. Já nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento ainda convivem realidades dicotômicas, tanto econômicas, quanto sociais. O que se reflete diretamente na medicina que é praticada e, também, no desenvolvimento da bioética. Eliane S. Azevedo chega ao âmago da questão ao afirmar que “A elegante elaboração teórica desses princípios no Primeiro Mundo ecoa distante da realidade daqueles que nem sequer têm noção de mundo”¹⁷.

Sobre a realidade latino-americana no que tange ao respeito à autonomia do paciente, Arleen L. F. Salles confronta o argumento prevalente de que as diferenças culturais levam o respeito à autonomia do paciente a ter um papel secundário, pois a população “nem quer, nem está apta a exercer sua autonomia”, sendo prevalente o modelo paternalista, diferentemente dos EUA que é dominado pelo paradigma da autonomia. Para Arleen a realidade sócio-econômica pode ter um papel mais importante que somente fatores culturais¹⁸.

Ocorre que no Brasil, e também na maioria dos países em desenvolvimento, existe uma realidade social dicotômica que se reflete, conseqüentemente, na Medicina. Convivem dentro das mesmas fronteiras uma Medicina de primeiro mundo, com direito a tecnologia de ponta, profissionais com aperfeiçoamento nos melhores centros mundiais - acessível somente a uma pequena parcela da população; e uma Medicina de terceiro mundo onde as pessoas não têm acesso

¹⁴ PITHAN, Livia. O Consentimento Informado como Exigência Ética e Jurídica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de (Coord.). **Bioética: Uma Visão Panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 136.

¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Duties of Physicians in General**. Disponível em: <<http://www.wma.net/e/policy/c8.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2006.

¹⁶ JONSEN, Albert R., SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. **Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine**. S.l: McGraw-Hill, 2002. p. 50.

¹⁷ AZEVEDO, Eliane S. *Apud* CLOTET, Joaquim. **Bioética: Uma Aproximação**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 47.

¹⁸ SALLES, Arleen. *Autonomy and Culture: The Case of Latin America*. In: SALLES, Arleen L. F.; BERTOMEU, Maria Julia. **Bioethics: Latin American Perspectives**. Amsterdam – New York: Rodopi, 2002.

sequer ao atendimento médico. Razoavelmente, conclui-se que aqueles que têm acesso à medicina de primeiro mundo também estão mais preocupados com o respeito a sua autonomia, enquanto que a camada pobre aceita passivamente o modelo paternalístico-autoritário prevalente.

No âmbito jurídico, no Brasil, já há sinais indicativos da substituição do paternalismo pelo respeito à autonomia, o paciente vem conquistando o poder de tomar decisões sobre sua saúde e sua vida; de sujeito passivo passou a titular de direito e o médico de sujeito ativo passou a titular de uma obrigação. No Código Civil de 2002, temos no artigo 15 “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.¹⁹, este artigo figura dentro do capítulo dos Direitos da Personalidade e é inovação no novo Código Civil. Mas ainda podemos notar resquícios paternalistas, pois numa leitura literal, se não houver risco de vida, a pessoa poderia ser submetida a tratamento médico²⁰.

Temos também o reconhecimento do direito à autonomia na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), em seu artigo 7º, III: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:... III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”²¹; Recentemente, o Ministério da Saúde editou a portaria número 675/GM de 30 de março de 2006 que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, onde afirma (inciso V do 4º Princípio) que é direito do usuário²² “o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isto acarretar risco à saúde pública”²³.

O próprio Código de Ética Médica²⁴ é, no mínimo, hesitante no que se refere ao tema e até contraditório em alguns de seus artigos. O artigo 48, por exemplo, veda ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de

¹⁹ BRASIL. **Código Civil, Código Processo Civil, Constituição Federal**. Organizador: Yussef Said Cahali. 6. ed. São Paulo: RT, 2004. p. 276.

²⁰ Talvez a redação devesse ser: ninguém, *nem com risco de vida*, será constrangido (...).

²¹ BRASIL. **Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 dez. 2006.

²² Note-se que a terminologia usuário em vez de paciente já denota uma mudança de paradigma.

²³ BRASIL. **Portaria nº. 675/GM de 30 março de 2006**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

²⁴ BRASIL. **Código de Ética Médica**. Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, 1988.

decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. Da mesma forma, o artigo 46 proíbe que se efetue qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou, de seu responsável legal, salvo em caso de iminente perigo de vida. Na mesma linha, o artigo 56 veda desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em iminente perigo de vida. Por outro lado, o artigo 57 veda ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance, em favor do paciente, numa visão claramente ainda arraigada ao princípio da beneficência.

1.2 ALTA A PEDIDO

O termo, corriqueiro no meio médico, - **alta a pedido** - refere-se à alta hospitalar de um paciente solicitada por ele mesmo. A alta hospitalar, segundo definição de Luis Rey, é o ato de ser liberado por um médico²⁵; definição esta que encontra respaldo na literatura internacional, uma vez que a Organização Mundial de Saúde define alta (*discharge*) como sendo a liberação de um paciente de um centro de cuidados, usualmente referindo-se a data em que o paciente deixa o hospital²⁶. E, segundo o parecer n.º 17/2003, do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS): “O médico é o único árbitro da alta hospitalar”²⁷.

Já no que se refere à expressão “iminente perigo de vida”, encontramos como definição “a probabilidade concreta e iminente de um resultado letal”²⁸. Entretanto, na vida prática, os casos não se ajustam tão perfeitamente à definição da literatura²⁹, o que gera uma insegurança ao profissional médico, pois a legislação, tanto o Código Penal Brasileiro quanto o Código de Ética Médica, utilizam como

²⁵ REY, Luis. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 40.

²⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. 2004. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: 28 nov. 2005.

²⁷ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Pareceres Selecionados**: Câmaras Técnicas do Cremers. Porto Alegre: Stampa, 2006. p. 253.

²⁸ PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume 2: Parte Especial Arts. 121 a 183. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005. p. 306.

²⁹ Na dia-a-dia do médico somente uma minoria dos casos “é de livro”, expressão que se usa corriqueiramente quando algum caso se apresenta exatamente como está descrito na literatura médica, como se aprendeu na faculdade. Na maioria das vezes existe dúvida, mesmo entre os mais experientes, e é comum existirem reuniões para discussões de casos clínicos nos hospitais como prática clínica usual.

ponto de corte o iminente risco ou perigo de vida, para excetuar o cerceamento dos direitos do paciente, seus direitos de locomoção. Nesse sentido, o Tribunal de Justiça do RS, através de seu Desembargador Sérgio Gischkow Pereira, decidiu

[...] que não cabe ao Poder Judiciário, no sistema jurídico brasileiro, autorizar ou ordenar tratamento médico-cirúrgico e/ou hospitalares, salvo casos excepcionalíssimos e salvo quando envolvidos os interesses de menores. Se iminente o perigo de vida, é direito e dever do médico empregar todos os tratamentos, inclusive cirúrgicos, para salvar o paciente, mesmo contra a vontade deste, e de seus familiares e de quem quer que seja³⁰.

Quando o paciente estiver em iminente perigo, a autoridade do médico é indiscutível, dando o Código de Ética Médica suporte legal para tal atuação. Neste caso, o médico não está obrigado a seguir a vontade do paciente, devendo dar continuidade ao tratamento dispensado, pois está atuando no melhor interesse do paciente.

O problema reside, então, em definir quais são os casos de iminente risco de vida que são salvaguardados pela legislação, e também identificar quais são as situações em que o risco de vida não é iminente. Nestes casos, o que o médico deve fazer?

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), através de seu conselheiro Henrique Carlos Gonçalves, emitiu parecer no sentido de que quando o paciente, tendo sido devidamente esclarecido e não apresentando risco de vida iminente, assume o não cumprimento da determinação médica de permanecer sob tratamento intra-hospitalar, desobriga o médico de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita³¹. No mesmo sentido, o Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul, através do relator Marcos Paulo Tiguman, conclui que o médico não será responsável por eventuais prejuízos causados à saúde do paciente que se recusou a prosseguir com práticas terapêuticas ou cirúrgicas, pois a alta a pedido deve ser respeitada pelo médico como legítima

³⁰ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Sexta Câmara Cível. **Apelação Cível Nº. 595000373**. Relator: Sérgio Gischkow Pereira. Julgado em: 28-03-1995.

³¹ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Parecer nº 20589/00**. Relator Conselheiro Henrique Carlos Gonçalves. Assunto: Sobre a obrigatoriedade do fornecimento de receita médica para paciente que tiver alta a pedido. Aprovado na 2.466ª. Reunião Plenária realizada em: 14-07-2000.

manifestação de vontade do paciente, salvo em iminente perigo de vida ou de grave risco à sua saúde³².

Em sentido contrário, no parecer nº 26574/92 do CREMESP, o Conselheiro Pedro Paulo Roque Monteleone afirma que: “se a saúde do paciente agravar-se em consequência da alta a pedido, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado pela prática de seu ato, no caso por omissão de socorro, imprudência ou negligência”³³. Também em parecer do CREMESP de nº 16948/99, nesse mesmo sentido corrobora a conselheira Irene Abramovich ao defender que “a assinatura pelo paciente da alta a pedido não exonera a responsabilidade do profissional de saúde, se a situação do paciente se agravar e for provado que houve ação imprudente ao deixá-lo partir”³⁴. Vislumbra-se, portanto, que ainda não há consenso, nem mesmo no meio médico, acerca do tema, existindo ainda muitas posições diametralmente opostas.

1.2.1 Alta a Pedido e Consentimento Livre e Esclarecido: Semelhanças e Diferenças

O consentimento informado conforme professor Clotet é:

uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos³⁵.

Cabe agora refletir sobre a relação entre consentimento informado e termo de alta a pedido, que vem à tona devido à raiz comum dos dois: o exercício da autonomia da vontade. Conforme esclarecem Joaquim Clotet, José Roberto Goldim

³² CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO MATO GROSSO DO SUL. **Parecer nº 11/1997**. Relator Dr. Marcos Paulo Tiguman. Assunto: Responsabilidade médica em casos de “alta a pedido”. Aprovado em Sessão plenária de 06-12-1997.

³³ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Consulta no. 26.574/92**. Relator: conselheiro Pedro Paulo Roque Monteleone. Assunto: Alta a pedido de recém-nascidos internados, frente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Aprovada na reunião Plenária em 29-03-1994.

³⁴ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Consulta no. 16.948/99**. Relator Belfort Peres Marques – advogado, subscrito pela conselheira Irene Abramovich. Assunto: Alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida. Aprovada na Reunião Plenária realizada em: 21-07-2000.

³⁵ CLOTET, Joaquim. **Bioética: Uma Aproximação**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 13.

e Carlos Fernando Francisconi: "a norma legal do consentimento informado tenta garantir e fortalecer a autonomia do indivíduo, principalmente em situações controvertidas e às vezes únicas na vida de uma pessoa"³⁶. Também analisando o consentimento informado, através do viés do respeito à autonomia da vontade, Marilise Baú destaca que:

o paciente deve ser informado, deve ser esclarecido, deve ser ouvido. A decisão final se quer ou não ser submetido a determinado tratamento, depois de ser esclarecido sobre todas as alternativas, com riscos e benefícios de cada uma delas, é do próprio paciente, sendo expresso através do processo de consentimento informado. O termo do consentimento informado é um instrumento, assim como a procuração é o instrumento do mandato. O princípio do respeito à autonomia da vontade é o fundamento ético e jurídico do consentimento informado³⁷.

Na prática, o paciente deve receber do médico as informações pertinentes ao procedimento que lhe é proposto, seja um exame diagnóstico, seja conduta terapêutica. Cabe ao médico dar as informações numa linguagem acessível ao paciente, para que este processe essas informações e possa tomar uma decisão fundamentada. Paulo Carvalho Fortes ressalta que:

[...] o consentimento deve ser *esclarecido*, por isso requer adequadas informações, que sejam compreendidas pelos pacientes. Aqui fazemos uma diferença entre o chamado consentimento informado ou pós-informado e o consentimento esclarecido. A pessoa pode ser informada, mas isto não significa que esteja esclarecida, se ela não compreender o sentido das informações, principalmente se as informações não forem adaptadas às circunstâncias culturais e psicológicas³⁸.

Vemos que é exigido do médico que domine a técnica, mas também que esteja apto a comunicar-se com o paciente, mantendo-o informado sobre o tratamento, as alternativas disponíveis e sobre o prognóstico da patologia, se este

³⁶ CLOTET, Joaquim; GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Consentimento Informado e sua Prática na Assistência e Pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 14.

³⁷ BAÚ, Marilise Kostelnaki. Direito e Bioética. O princípio do respeito à autonomia da vontade da pessoa como fundamento do consentimento informado. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de (Coord.). **Bioética: Uma Visão Panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 182.

³⁸ FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e Saúde: Questões Éticas, Deontológicas e Legais. Autonomia e Direitos do Paciente. Estudo de Casos**. São Paulo: E.P.U., 1998. p. 51.

for o caso. E esta comunicação deve ser acessível ao paciente a fim de que se estabeleça uma relação médico-paciente adequada que gere segurança a ambas as partes³⁹. Reside em uma má relação médico-paciente, caracterizada pela falta de entendimento entre as duas partes, a causa primeira que leva as pessoas a juízo contra o médico, e não, como era de se esperar, o erro médico propriamente dito, caracterizado por imperícia, imprudência ou negligência⁴⁰. Compartilham desta opinião Jorge Ribas Timi, médico e advogado e Patrick G. Mercer:

Entretanto o principal fator gerador dos processos contra o médico é a quebra da relação médico-paciente. A relação médico-paciente deveria ser ensinada durante todos os seis anos do Curso de Medicina. Atualmente com a maior tecnologia embarcada no exercício da Medicina, há um distanciamento do médico em relação ao paciente, que também é agravado pela massificação do trabalho médico. Humanizar a relação médico-paciente e procurar aprofundá-la, especialmente nos casos de mau resultado, é a melhor profilaxia de processos tanto na Justiça Comum quanto nos Conselhos Regionais de Medicina⁴¹.

O sentido mais usual do termo consentimento informado, o entende como anuência de uma pessoa a um procedimento terapêutico ou diagnóstico, como nos ensina Livia Haygert Pithan⁴². Nesse sentido mais usual, há uma convergência da vontade do paciente e do médico em realizar o procedimento terapêutico ou diagnóstico, o ato médico tem como fim um bem para o paciente. Ocorre exatamente o contrário nos casos de alta a pedido, pois há uma divergência de vontades: de um lado, o médico querendo que o paciente permaneça internado, recebendo tratamento; de outro, o paciente querendo fazer cessar o tratamento a fim de deixar o hospital. Percebe-se, nitidamente, um conflito entre médico e paciente. Como dito anteriormente, dessas situações de conflito advém os embates jurídicos.

³⁹ A título de curiosidade, em Los Angeles (EUA), onde há um grande número de imigrantes mexicanos que tem dificuldades com o idioma corrente (inglês), são os médicos que tem se esforçado para aprender a falar espanhol a fim manter uma adequada comunicação com estes pacientes, uma vez que cabe ao médico se fazer entender e nem sempre se tem um tradutor à disposição. Ainda sobre o tema, para Christoph Fabian há necessidade de haver um tradutor caso o doente não domine a língua deve ser aplicada também para “brasileiros que não sabem o português, pois importa o conhecimento *real* ou *efetivo* do paciente” (FABIAN, Christoph. **O Dever de Informar no Direito Civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002). p. 136.

⁴⁰ FOSTER, Nelson. **Erro Médico**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 2002. p. 88.

⁴¹ TIMI, Jorge R. Ribas; MERCER, Patrick G.; MARQUARDT, Marcelo. **A Influência do Direito no Exercício da Medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 31.

⁴² PITHAN, Livia Haygert. O Consentimento Informado como Exigência Ética e Jurídica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de (coord.). **Bioética: Uma Visão Panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 138.

No Código de Ética Médica encontramos normas deontológicas (artigos 46, 48 e 56⁴³) que tratam do consentimento informado. Nestas, é considerada infração ética efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente, bem como desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas.

Outra faceta do consentimento informado é a prática da chamada decisão compartilhada, onde o médico apresenta as opções de tratamento, mostrando os riscos e benefícios de cada uma delas e no final o paciente decide qual é o tratamento que lhe convém. O paciente pode decidir sozinho ou dividir com o médico esta decisão. Claro que é uma prática que não é adequada a todos os casos, como na saúde pública onde o tempo de uma consulta é exíguo. Gabriel Oselka, coordenador do Centro de Bioética do CREMESP utiliza a decisão compartilhada em seu consultório, inclusive em situações corriqueiras como uma amigdalite bacteriana que pode ser tratada com uma única dose de antibiótico injetável ou com 10 dias de antibiótico por via oral. “O resultado final é o mesmo. Mas há médicos que, simplesmente por preferência, prescrevem uma ou outra forma. Respeitar a autonomia do paciente é mostrar os dois caminhos”⁴⁴.

1.2.2 Alta a Pedido e Medicina Defensiva

A medicina defensiva é um desvio da prática médica sensata, induzida principalmente pela ameaça de processos judiciais por negligência. Essas práticas incluem a realização de exames médicos desnecessários ou a receita de muitos remédios sem verdadeiro valor para o tratamento. A forma mais corriqueira da prática da medicina defensiva é a indicação de caros exames de imagem, que não seriam a primeira opção diagnóstica e, muitas vezes, sequer seriam necessários. A

⁴³ Artigo 46: É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Artigo 48: É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Artigo 56: É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

⁴⁴ MANTOVANI, Flávia ; OLIVEIRA, Ana Paula de. Cresce Número de Médicos que Divide com Paciente Escolha de Tratamento. **Folhaonline**, 28 abr. 2005. 10h28. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3914.shtml>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

prática da medicina defensiva permite ao médico exercer uma medicina de baixo risco e de alto custo, por medo de ser denunciado por má-prática.

James Cavanaugh Jr., em Mesa-Redonda sobre medidas preventivas contra os processos indenizatórios realizada pela Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMIRIGS) nos fala um pouco a medicina defensiva na realidade norte-americana

Nós nos referimos aqui aos exames, estudos e procedimentos adicionais agora usados pelo médico que não necessariamente beneficiam o paciente, mas que são pedidos para tornar o atendimento “à prova de litígio”, de modo que, se mais tarde houver alegação de má prática, exista ampla evidência de que o padrão de cuidados foi muito elevado⁴⁵.

Sobre a prática da medicina defensiva, Bernard Lown conclui que:

o medo dos processos judiciais e a falta de minuciosidade no encontro inicial instigam o uso de testes e procedimentos invasivos. O raciocínio é que, se todas as opções diagnósticas forem obedecidas, é fácil refutar no tribunal as acusações de negligência⁴⁶.

Em junho de 2005 foi publicado um estudo no periódico de renome internacional *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*⁴⁷ acerca da prática, pelos médicos, da chamada medicina defensiva. O estudo foi conduzido por professores do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Harvard em Massachusetts, Boston. O questionário foi enviado pelo correio para médicos de seis especialidades com maior risco de litígios judiciais (cirurgia geral, cirurgia ortopédica, neurocirurgia, ginecologia/obstetrícia, radiologia e medicina de urgência) na Pensilvânia (EUA), em maio de 2003. Um total de 824 médicos (65%) completaram a pesquisa. Quase todos (93%) responderam que praticavam medicina defensiva. A prática da medicina defensiva positiva (*assurance behavior*), caracterizada pela solicitação de exames, realização de procedimentos diagnósticos e encaminhamento para especialistas é a mais comum (92%); destes, 43%

⁴⁵ ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Medicina Defensiva: Problema ou Solução.** Textos Extraídos do 2º Fórum Interdisciplinar sobre Medicina Defensiva realizado pela AMIRIGS em outubro de 1995. p. 29.

⁴⁶ LOWN, Bernard. **A Arte Perdida de Curar.** São Paulo: JSN, 1997. p. 158.

⁴⁷ STUDDERT, David M; MELLO, Michelle; SAGE, William M. et al. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. **JAMA**, v. 293, n. 21, p. 2609-2617, 1 June 2005.

relataram usar exames de imagem em circunstâncias clínicas desnecessárias. Também comum é a prática da medicina defensiva negativa (*avoidance behavior*) caracterizada por evitar pacientes e procedimentos considerados com alta probabilidade de litígio (“pacientes de risco”), que foi utilizada por 42% dos entrevistados.

Na América Latina a situação ainda não chegou ao patamar do que ocorre nos EUA. Em um simpósio sobre Medicina Defensiva, publicado na Revista *Gaceta Médica de México*, Miguel Tanimoto, da Academia Nacional de Medicina, reflete sobre o fenômeno chamado medicina defensiva e examina alguns aspectos deste problema que tem determinado que o médico, no exercício de sua profissão, adote uma atitude de proteção e uma posição legal supostamente segura. Para ele, o fator condicionante desta situação é a mudança na relação médico-paciente, que foi da confiança para o distanciamento e a insatisfação, o que favorece as controvérsias e demandas judiciais. As causas desta mudança podem ser atribuídas ao médico, ao paciente e à sociedade. A culpa do médico reside no não estabelecimento de uma boa comunicação, uma troca constante com esclarecimento das dúvidas e, por fim, uma orientação cuidadosa. Entre as causas atribuídas aos pacientes pode-se mencionar o aumento no nível sócio-cultural, onde a população urbana tem acesso aos meios de mídia que difundem notícias de novos medicamentos, procedimentos diagnóstico-terapêuticos e de casos de processos contra médicos por suposta negligência. A parcela de culpa da sociedade diz respeito à medicina estatal, também aos planos de saúde que muitas vezes não permitem ao paciente escolher o seu médico, pois seu vínculo é com o plano de saúde e não com o médico. E o Dr. Miguel conclui afirmando que o importante é exercer uma medicina baseada em evidências e apoiada em decisões científicas⁴⁸.

Analisando as disrupções na relação médico-paciente como possíveis fontes geradoras de conflitos judiciais, o médico Magno José Spadari traça o seguinte diagnóstico

A Medicina deixa de ser uma atividade de ser humano em ser humano para tornar-se a de um prestador de serviço “resolvendo” um problema de saúde em um “consumidor” ou “usuário” de convênio oficial (SUS) ou privado (plano de saúde). Este consumidor não tem resposta adequada as suas necessidades, não consegue o profissional que gostaria e deve contentar-se com o que lhe é oferecido. Fica instituída uma relação médico-paciente

⁴⁸ TANIMOTO, Miguel. Medicina Defensiva. *Gaceta Médica de México*, v. 138, n. 4, p. 344-346, 2002.

doente, às vezes viciada e superficial, sustentáculo de um “profissionalismo” frio, distante, impessoal e gerador de conflitos que muitas vezes acabam em litígio judicial⁴⁹.

Não é conhecida, de fato, a realidade brasileira relativa à prática da medicina defensiva, por falta de pesquisas. Entretanto, pode-se inferir, pela prática clínica diária, que aqui também se pratica a medicina defensiva.

Podemos ter idéia dessa prática corriqueira ao ler em um artigo divulgado por um escritório de advocacia, disponível na internet o que segue sobre alta a pedido:

Sugerimos que ele (*médico*) autorize a saída do paciente, preenchendo-se o termo acima indicado (*termo de alta a pedido*), e imediatamente encaminhe ao representante do Ministério Público local, relatório a respeito das condições de saúde do doente. Caso o Ministério Público entenda que deva tomar alguma providência para acautelar interesse de pessoa incapaz, requererá ao poder judiciário o que lhe pareça adequado. Além disso, sugerimos que o médico procure a delegacia de polícia mais próxima e faça elaborar boletim de ocorrência retratando os acontecimentos, visando preservar seus direitos em eventual queixa⁵⁰.

O que são estas recomendações, senão a prática de uma medicina defensiva no sentido de que, mesmo que o médico tenha convicção ética de que deva respeitar a decisão do paciente, busca se resguardar de um eventual processo judicial. Para Livia Pithan, Fabrício Bernardes e Luiz Alberto Pires:

O que parece inaceitável é que os médicos procedam de modo eticamente incorreto, contrariando os ditames deontológicos e os consensos científicos de sua práxis devido ao receio de conseqüências legais trazidas por um sistema jurídico imóvel⁵¹.

Como tão bem sintetiza Paulo Antônio de Carvalho Fortes sobre o que ocorre no dia-a-dia da prática médica:

⁴⁹ SPADARI, Magno José. Procurando o Lado Humano da Medicina: Existe Outro? In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Ética e Bioética**. 2. ed. Porto Alegre: Stampa, 2006. p. 36. (Coletânea de Artigos).

⁵⁰ JOSENIR TEIXEIRA ADVOCACIA. **A Eficácia da Alta a Pedido**. Disponível em: <<http://www.jteixeira.com.br/defaultM4.asp?id=3568&artigo=98>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

⁵¹ PITHAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES, Luiz alberto B. Simões. Capacidade Decisória do Paciente: Aspectos Jurídicos e Bioéticos. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio; ÁVILA, Gustavo Noronha. **Ciclo de Conferências em Bioética I**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005. p. 136.

Fora das condições extremas, não cabe a prática fundamentada, freqüente entre profissionais de saúde, de permitir a saída da pessoa do estabelecimento, por receio de cometimento de ato antiético e ilegal, muitas vezes, “fechando os olhos” para a “pretensa fuga” e, posteriormente, solicitando a abertura de “boletins de ocorrência” junto a autoridades policiais⁵².

Nestes casos, quando registram boletins de ocorrência nas Delegacias de Polícia, ou acionam o Conselho Tutelar no caso de crianças, esses médicos estão, tão somente, praticando a medicina defensiva, pois não esperam de fato nenhuma atitude da autoridade policial ou dos conselheiros tutelares, mas somente ter o registro do ocorrido para um eventual litígio.

⁵² FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e Saúde: Questões Éticas, Deontológicas e Legais.** Autonomia e Direitos do Paciente. Estudo de Casos. São Paulo: E.P.U., 1998. p. 101.

2 ASPECTOS JURÍDICOS DA ALTA A PEDIDO

2.1 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Na atualidade, é pacífico na doutrina o entendimento de que a relação estabelecida entre o paciente e o médico é uma relação contratual, um contrato de prestação de serviços, sujeito às normas do Código de Defesa do Consumidor. Conforme nos esclarece José de Aguiar Dias: “a natureza contratual da responsabilidade médica não nos parece hoje objeto de dúvida”⁵³. Sendo este, segundo Sanseverino, o entendimento doutrinário dominante acerca da responsabilidade civil dos profissionais liberais⁵⁴. Em alguns casos, contudo, a responsabilidade civil do médico também apresenta natureza extracontratual (ou aquiliana), como na hipótese do médico que é obrigado a atender uma pessoa desconhecida em uma situação de urgência; sendo a mesma situação do advogado dativo designado pelo juiz para defesa do réu pobre⁵⁵. Sílvio de Salvo Venosa discorre sobre o tema:

Por vezes, surgem situações em que a preexistência de um contrato não resta muito cristalina, porque tanto a responsabilidade contratual como a extracontratual se interpenetram, ou correm paralelas. É o que sucede, por exemplo, nas atividades profissionais. O cirurgião, por exemplo, ao executar uma operação de seu mister, poderá manter um contrato de prestação de serviços com o paciente ou com uma instituição hospitalar, mas sua responsabilidade emana não somente do contrato, como também dos deveres de conduta ínsitos a sua arte profissional⁵⁶.

Cabe registrar que na atividade médica a distinção entre responsabilidade contratual e extracontratual não é de suma importância, pois não há dúvida quanto à

⁵³ DIAS, José de Aguiar. **Da Responsabilidade Civil**. 10. ed. 3. tir. Rio de Janeiro: Forense, 1997. p. 252.

⁵⁴ SANSEVERINO, Paulo de Tarso Vieira. **Responsabilidade Civil no Código do Consumidor e a Defesa do Fornecedor**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 183.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 183.

⁵⁶ VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Teoria Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contratos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004. p. 489.

carga probatória, que, no caso do médico, incumbe à vítima. Não há culpa presumida do médico por se estar diante de um contrato, cabendo ao autor a prova de que o médico agiu com culpa. Porém, tem-se observado de maneira marcante na jurisprudência o mecanismo de inversão do ônus da prova, em benefício da vítima quando verificada a hipossuficiência⁵⁷.

A responsabilidade do profissional da medicina é subjetiva, como define o Código Civil de 2002 em seu artigo 951, onde temos que há o dever de indenizar quando o profissional liberal causar dano por negligência, imperícia ou imprudência. Também no Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078/90) o § 4º do artigo 14, define como exceção à regra geral da responsabilidade objetiva nas relações de consumo, a responsabilidade dos profissionais liberais definindo “que a responsabilidade dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”⁵⁸.

Kfoury Neto relata haver uma corrente pleiteando caracterizar como objetiva a responsabilidade do médico, mas não é o que ocorre, sendo esta eminentemente subjetiva, e a aferição do elemento culpa não pode ser afastada⁵⁹. Acrescentando Sanseverino que “no caso dos profissionais liberais, valorou-se a natureza peculiar das suas atividades, que não se mostram compatíveis com a responsabilidade objetiva”⁶⁰:

Quanto a ser a obrigação do médico uma obrigação de meio não parece haver divergência na doutrina⁶¹. À semelhança dos advogados, os médicos não se obrigam a um resultado, mas a fazer tudo o que estiver ao seu alcance para obter determinado resultado. Dentro da medicina, a cirurgia plástica estética ainda é considerada pela maioria, da doutrina e da jurisprudência, como uma obrigação de resultado, mas atualmente à luz dos conhecimentos biológicos modernos de que cada organismo pode reagir de forma diferenciada a um mesmo estímulo, têm

⁵⁷ TEPEDINO, Gustavo. A Responsabilidade Médica na Experiência Brasileira Contemporânea. In: ALVIM, Arruda; CÉSAR, Joaquim Fortes Cerqueira; ROSAS, Roberto (Coords.). **Aspectos Controvertidos do Novo Código Civil**. São Paulo: RT, 2003. p. 292.

⁵⁸ BRASIL. **Código Civil, Código Processo Civil, Constituição Federal**. Lei 8078/90. Organizador: Yussef Said Cahali. 6. ed. São Paulo: RT, 2004. p. 990.

⁵⁹ KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 34.

⁶⁰ SANSEVERINO, Paulo de Tarso Vieira. **Responsabilidade Civil no Código do Consumidor e a Defesa do Fornecedor**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 181.

⁶¹ BAÚ, Marilise Kostelnaki; PITHAN, Livia Haygert. Aproximações entre Bioética e Direito: A Exigência Ética e Jurídica do Consentimento Informado. In: KIPPER, Délio José (Org.). **Ética: Teoria e Prática. Uma Visão Multidisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 145.

havido decisões no sentido de que, também na cirurgia estética, estejamos frente a uma obrigação de meios, uma vez que a beleza é um conceito individual e mutante no tempo e no espaço, apesar de ter-se um padrão geral; consoante com esta posição, para Rachel Sztajn: “A beleza é subjetiva e os parâmetros para aferi-la são díspares, dependendo de quem julgue”⁶². Ainda sobre a subjetividade da beleza, em acórdão proferido pelo desembargador Décio Antônio Erpen, em 1996, numa apelação cível em ação de indenização por erro médico, profere o supracitado desembargador: “o cirurgião não tem poderes, nem o dever para transformar o feio em bonito”⁶³. Sobre esta discussão Gustavo Tepedino expõe a posição oscilante do Superior Tribunal de Justiça: “ora configurando nesta hipótese obrigação de resultado, ora admitindo cuidar-se de obrigação de meio”.⁶⁴ Como ilustração temos o seguinte trecho de acórdão de número 70005902895, da desembargadora Ana Lúcia Carvalho Pinto Vieira, da Décima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

Assim, não obstante tenha o réu e sua equipe se valido da melhor técnica à sua disposição, e mesmo que a obrigação seja analisada como **de resultado**, não poderá se abstrair a falibilidade humana, que decorre, no caso, **não necessariamente de qualquer imperícia ou negligência**, mas da própria finitude da tecnologia disponibilizada ao meio médico, trate-se de cirurgias da área da plástica, ou não. Não fosse assim, toda e qualquer cirurgia plástica, por mais coroada de êxito, sempre ariscaria a não-obtenção do resultado objetivado pelo paciente, impingindo dever indenizatório ao médico responsável, gerando situação caótica e fadando a Medicina estético-embelezadora, que tantas conquistas e benefícios já alcançou ao que dela se valeram, um risco em si própria, por muito poucos enfrentada. Daí a necessidade de se relativizar o absolutismo do conceito da obrigação de resultado. Senão em hipótese de não-controvertida culpa do cirurgião, tocando ao autor da ação a demonstração do agir culposo do médico responsável, seja pela não-adoção da técnica indicada, seja pelo não-esclarecimento dos riscos suportados, seja pela afoiteza do procedimento – muitas vezes não adequado àquele organismo humano –, seja pelo não-acompanhamento vigilante do pós-operatório, poder-se-á pronunciar a culpa por erro médico, acometendo-se o dever indenizatório decorrente [Grifos do autor]⁶⁵.

⁶² SZTAJN, Rachel. A Responsabilidade Civil do Médico: Visão Bioética. **Revista de Direito Mercantil, Industrial, Econômico e Financeiro**, v. 108, ano 36 (nova série), p. 12, out.-dez. 1997.

⁶³ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Sexta Câmara Cível. **Apelação cível Nº 596188144**. Relator: Décio Antônio Erpen. Julgado em: 03-12-1996.

⁶⁴ TEPEDINO, Gustavo. A Responsabilidade Médica na Experiência Brasileira Contemporânea. In: ALVIM, Arruda; CÉSAR, Joaquim Fortes Cerqueira; ROSAS, Roberto (Coords.). **Aspectos Controvertidos do Novo Código Civil**. São Paulo: RT, 2003. p. 294.

⁶⁵ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. **Apelação Cível Nº. 70005902895**. Relatora: Ana Lúcia Carvalho Pinto Vieira. Julgado em: 17-06-2004.

O que é esta relativização da obrigação de resultado mencionada pela desembargadora senão a própria obrigação de meios dos demais ramos da medicina?

E temos no mesmo sentido, outros acórdãos, como o que segue, do desembargador Luiz Ary Vessini de Lima, número 70013466743, também do TJRS:

Segundo orientação da doutrina e da jurisprudência a cirurgia plástica de natureza estética não caracteriza obrigação de meio, mas de resultado. No entanto, a presunção de culpa do profissional decorrente não é absoluta e pode ser neutralizada pela prova de que eventual efeito indesejado não foi provocado por sua imperícia, imprudência ou negligência⁶⁶.

2.2 TERMOS DE ALTA A PEDIDO COMO CLÁUSULA DE NÃO-INDENIZAR⁶⁷

A cláusula de não indenizar é uma cláusula contratual em que as partes excluem a indenização por perdas e danos, devendo, em nome da liberdade contratual, ser considerada válida, desde que não haja norma cogente em contrário. As principais características dessas cláusulas são: serem estipuladas como pacto acessório e sua anterioridade em relação ao ato ilícito⁶⁸.

Ocorre que os termos de **alta a pedido** configuram-se como cláusula de não indenizar, uma vez que pretendem isentar o médico e a instituição de eventuais responsabilidades por eventos advindos da alta.

Com o intuito de aproximar este trabalho da realidade vivenciada pelos médicos, foram pesquisados os principais hospitais de Porto Alegre a fim de verificar se possuíam formulário padrão para a situação da alta a pedido; em caso afirmativo, estes foram coletados para serem analisados posteriormente. Podemos verificar nos formulários de alta a pedido, constantes em anexo, já em um primeiro momento, que a denominação e a forma variam de uma instituição para outra, sendo que há hospitais que, simplesmente, não possuem modelo padrão, como por exemplo o

⁶⁶ RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Décima Câmara Cível. **Apelação Cível Nº 70013466743**. Relator: Desembargador Luiz Ary Vessini de Lima. Julgado em: 06-04-2006.

⁶⁷ Pode ser encontrada na doutrina com a denominação de cláusula de irresponsabilidade ou também cláusula de exoneração de responsabilidade.

⁶⁸ SANSEVERINO, Paulo de Tarso Vieira. **Responsabilidade Civil no Código do Consumidor e a Defesa do Fornecedor**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 321-322.

Hospital São Lucas que adota o procedimento de anotar no próprio prontuário do paciente. Os termos são denominados conforme a instituição: - “Solicitação de alta hospitalar”, “Alta a pedido contra a indicação médica”, “Alta a pedido”, “Termo de alta hospitalar voluntária” e “Termo de alta a pedido do paciente”. O que podemos encontrar em todos os casos é a presença de uma cláusula de não indenizar, onde o paciente assume toda a responsabilidade decorrente de seu ato, ou em outras palavras, mas com o mesmo objetivo, de isentar o hospital e os médicos de qualquer responsabilidade sobre eventos danosos decorrentes da alta.

O relator Marcos Paulo Tiguman, em parecer nº 11/1997 do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul (CRMMS), sugere, como forma de resguardar o profissional da medicina de eventual responsabilização futura, que se substitua os termos de alta a pedido por termos de **alta a pedido contra a indicação do médico**, pois seria esta uma expressão mais apropriada a situação, o que não muda o caráter e a finalidade do termo.

Entretanto a cláusula de não indenizar sofre severas limitações no direito brasileiro, que não tem por ela nenhuma simpatia⁶⁹. O Supremo Tribunal Federal sumulou seu entendimento quanto à inoperância da cláusula de não indenizar em contratos de transporte⁷⁰. Sobre o tema, o entendimento de José de Aguiar Dias é o que segue

na proporção da margem de erro tolerada pela imperfeição da ciência ou dos processos para averiguar a responsabilidade profissional – goza o médico de uma cláusula tácita de irresponsabilidade, de forma que, no sentido em que poderia, talvez, ser admitida, ou seja, no terreno em que se apresenta o risco propriamente dito, não há necessidade de estipulá-la e, fora daí, não há possibilidade de convencionar irresponsabilidade, por imposição do respeito devido à pessoa humana⁷¹.

Fora do direito brasileiro também é possível encontrar restrições a cláusula de não indenizar, como podemos verificar

⁶⁹ SANSEVERINO, Paulo de Tarso Vieira. **Responsabilidade Civil no Código do Consumidor e a Defesa do Fornecedor**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 322.

⁷⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula 161**: “Em contrato de transporte, é inoperante a cláusula de não indenizar.” Aprovada em sessão plenária em: 13-12-1963.

⁷¹ DIAS, José de Aguiar. **Cláusula de Não-Indenizar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1976. p. 237.

Os tribunais franceses – prossegue Casabona – consideram inválidas tais cláusulas, no que pertine à responsabilidade médica, sob razões diversas. Argumentam que a responsabilidade civil médica se fundamenta no prejuízo causado à saúde ou integridade corporal do paciente, e o direito à incolumidade é irrenunciável, inclusive por seu próprio titular, a não ser em circunstâncias especiais, fixadas em lei ou não vedadas (doação de sangue ou órgãos para transplante ou esterilização voluntária, por exemplo)⁷².

Miguel Kfoury Neto entende que o médico pode propor contratos visando excluir sua responsabilidade, mas nossos Tribunais têm encarado com muita reserva esses contratos, pois partem do pressuposto que o médico já detém um mandato ilimitado, que inclui essa cláusula de não indenizar. Mas por quê então o médico deveria documentar, manter este contrato? Conclui então Kfoury Neto que “adianta muito, porque não deixa de ser o início de uma prova escrita”⁷³.

No contexto latino-americano, tampouco as cláusulas de não indenizar são vista com bons olhos, conforme Elvira Martinez Coco, as cláusulas exonerativas ou limitativas de responsabilidade são inválidas como regra⁷⁴.

A cláusula de não indenizar só é admitida, embora restritamente, na responsabilidade contratual, na hipótese de danos derivados de culpa simples e ainda assim não pode se tratar de dever essencial do contrato e tampouco pode ofender a ordem pública.

E “foi nesse contexto de desprezo e antipatia pela cláusula de não indenizar que o CDC a regulamentou para as relações de consumo” salientou Sanseverino⁷⁵. Sendo a relação médico-paciente uma relação contratual, contrato este de prestação de serviços, sujeita-se às normas do Código de Defesa do Consumidor.

Encontramos no CDC, artigo 25, a vedação expressa a estipulação contratual de cláusula que impossibilite, exonere ou atenuie a obrigação de indenizar. Mais adiante, no artigo 51, I, temos que são nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade

⁷² KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 104.

⁷³ KFOURI NETO, Miguel. *Apud* ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Medicina Defensiva: Problema ou Solução**. Textos Extraídos do 2º Fórum Interdisciplinar sobre Medicina Defensiva. Realizado pela AMIRGS em outubro de 1995. p. 40.

⁷⁴ COCO, Elvira Martinez. Las Clausulas Generales Exonerativas de Responsabilidad. **Revista de Direito Civil**, São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 69, p. 30-49, jul.-set. 1994.

⁷⁵ SANSEVERINO, Paulo de Tarso Vieira. **Responsabilidade Civil no Código do Consumidor e a Defesa do Fornecedor**. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 324.

do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou que impliquem em renúncia ou disposição de direitos.

O próprio José de Aguiar Dias⁷⁶ sintetiza afirmando que, no que diz respeito à integridade da vida e da saúde, exclui-se sempre a cláusula de não indenizar.

⁷⁶ DIAS, José de Aguiar. **Cláusula de Não-Indenizar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1976. p. 238.

CONCLUSÃO

Apenas recentemente, contrapondo-se a uma tradição emanada dos textos hipocráticos e acolhida plenamente pela nossa cultura, a idéia de respeito à autonomia do paciente teve alguma guarida nas nossas reflexões éticas e na nossa legislação.

Com certeza, na medicina de outrora, o médico nem cogitaria atender a um pedido do paciente se implicasse em prejuízo para saúde do mesmo. Nem tampouco um paciente ousaria confrontar a orientação de seu médico, figura que era considerada onisciente e, até certo ponto, mística.

Também recente é a inclusão, da até então sacra, relação médico-paciente no rol das relações de consumo regidas pelo Código de Defesa do Consumidor. Muito embora seja uma relação que deva ter por base a confiança, uma relação que deve se iniciar com o estabelecimento de um vínculo entre seus dois personagens principais, este aspecto não é contemplado em nenhum artigo do referido código.

Esta dualidade está inserida no cotidiano do médico: por um lado deve estabelecer uma relação com seu paciente onde o vínculo que se forma gere confiança para ambos; por outro lado, o que se tem é uma relação estritamente de natureza contratual entre duas partes, as quais devem se portar de acordo com a legislação atinente aos contratos. Ora, na formação acadêmica dos médicos deveria então estar incluída a disciplina de Contratos ou talvez de Direito do Consumidor.

Neste cenário de mudanças, surge o Estado gerenciando o Sistema Público de Saúde. E o próprio Estado abre as portas à iniciativa privada, para atender uma parcela mais favorecida da população, aos intermediários do trabalho médico - as seguradoras de saúde -, empresas privadas que tem o lucro como objetivo final.

E o que temos como saldo de tantas mudanças? Parece totalmente adequada a posição do médico Marcos Almeida Magalhães Andrade Jr.⁷⁷: “Em

⁷⁷ ANDRADE Jr., Marcos Almeida Magalhães. Marcadores Atuais da Relação Médico/Paciente – O Palco Atual onde Transcorre o Trabalho Médico. Determinantes da Deflagração dos Processos Judiciais Pacientes X Médicos. In: TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.). **Direito & Medicina**. Aspectos Jurídicos da Medicina. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 24.

nossa visão, o saldo dessas modificações tem-se mostrado negativo de forma importante, a ponto de exigir dos médicos uma nova postura profissional”.

Um dos aspectos negativos a ser enfatizado é a adoção de práticas de medicina defensiva por parte dos médicos. Solicitando exames desnecessários somente para contentar os pacientes e para servir de lastro probatório no caso de uma possível demanda judicial. E, no seu viés mais cruel, a chamada medicina defensiva negativa ou *avoidance behavior* que consiste em não atender pacientes que seriam de risco por já terem processado outros médicos ou por terem uma multiplicidade de problemas clínicos, o que aumentaria as chances de um desfecho desfavorável.

O ordenamento jurídico brasileiro está enfrentando estas questões no seu dia-a-dia, mas será que está preparado? Como os médicos não estão, de um modo geral, preparados para os aspectos legais da medicina, os Tribunais talvez não estejam preparados para lidar com enfrentamentos éticos que surgem de uma ciência que progrediu muito tecnologicamente no último século.

Cumprindo a proposta inicial do presente estudo, que era de analisar os aspectos bioéticos e jurídicos de uma situação enfrentada na prática médica diária da maioria dos médicos – a **alta a pedido** -, em um primeiro momento o foco foi centrado no conflito que existe entre os Princípios bioéticos do respeito à autonomia e da beneficência. Enquanto nos países desenvolvidos tem prevalecido o respeito à autonomia decisória do paciente, aqui, no terceiro mundo, ainda tem um papel importante a beneficência, muitas vezes extremada e então denominada de paternalismo. Mas mesmo dentro desta sociedade, em camadas sócio-econômicas mais favorecidas, a realidade mais se assemelha a de países desenvolvidos; refletindo o que também ocorre nos demais setores da sociedade, onde a desigualdade social é um dos maiores problemas enfrentados na atualidade.

Na segunda etapa, o foco recai sobre os aspectos jurídicos envolvidos na atitude, por parte do médico, ao dar ou não a alta ao paciente. Viu-se que o próprio Código de Ética Médica é hesitante e contraditório, ora o médico deve respeitar as decisões do paciente, se não houver risco de vida, ora dizendo que o médico deve fazer tudo o que estiver ao seu alcance em favor do paciente. Como reflexo, os pareceres emitidos pelos Conselhos Regionais de Medicina têm posições conflitantes, não havendo um consenso acerca de se o médico deve dar ou não a alta a pedido.

Ingenuamente, alguns médicos solicitam que os pacientes então assinem um termo de responsabilidade a fim de isentar o médico e o hospital de conseqüências relativas a esta alta hospitalar a pedido do paciente; existindo até formulários padronizados com este fim, o que foi possível verificar com a pesquisa de campo realizada. Entretanto, estes termos de alta a pedido, ou cláusulas de não indenizar no mundo jurídico, não são bem vistas pela doutrina ou jurisprudência, tendo pouco ou nenhum efeito em realmente isentar o médico de suas responsabilidades profissionais. Poderão sim, servir como instrumento probatório na eventualidade de um processo.

É certo que uma mudança de atitude, no sentido de se respeitar cada vez mais as decisões dos pacientes, só viria a beneficiar, tanto médicos quanto pacientes, possibilitando uma relação mais transparente. Entretanto, o respeito à autonomia decisória do paciente deve encontrar respaldo jurídico para que realmente possa ser implementada.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Medicina Defensiva: Problema ou Solução.** Textos Extraídos do 2º Fórum Interdisciplinar sobre Medicina Defensiva, Realizado pela AMIRGS em outubro de 1995.

BAÚ, Marilise Kostelnaki; PITHAN, Livia Haygert. Aproximações entre Bioética e Direito: A Exigência Ética e Jurídica do Consentimento Informado. In: KIPPER, Délio José (Org.). **Ética: Teoria e Prática. Uma Visão Multidisciplinar.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica.** São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula 161:** "Em contrato de transporte, é inoperante a cláusula de não indenizar". Aprovada em Sessão Plenária em: 13-12-1963.

_____. **Código de Ética Médica.** Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, 1988.

_____. **Código Penal, Código Processo Penal, Constituição Federal.** Organizador: Luis Flávio Gomes. 5. ed. São Paulo: RT, 2003.

_____. **Código Civil, Código Processo Civil, Constituição Federal.** Organizador: Yussef Said Cahali. 6. ed. São Paulo: RT, 2004.

CLOTET, Joaquim. **Bioética: Uma Aproximação.** 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de (Coord.). **Bioética: Uma Visão Panorâmica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

CLOTET, Joaquim; GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Consentimento Informado e Sua Prática na Assistência e Pesquisa no Brasil.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

COCO, Elvira Martinez. Las Clausulas Generales Exonerativas de Responsabilidad. Apuntes Acerca de su Nacimiento y los Problemas que su Utilización Conlleva. **Revista de Direito Civil**, São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 69, p. 30-49, jul.-set. 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pareceres**. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/parecer>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Centro de Bioética. Manuais. **Internação, Alta Médica e Remoção de Pacientes**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst/etica_gineco_obstetr_capitulo_9.htm>. Acesso em: 26 dez. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Ética e Bioética**. 2. ed. Porto Alegre: Stampa, 2006. (Coletânea de Artigos).

_____. **Pareceres Selecionados**: Câmaras Técnicas do Cremers. Porto Alegre: Stampa, 2006.

COSTA, Sérgio I. Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DIAS, José de Aguiar. **Cláusula de Não-Indenizar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1976.

_____. **Da Responsabilidade Civil**. 10. ed. 3 tir. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

FABIAN, Christoph. **O Dever de Informar no Direito Civil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde**: Questões Éticas, Deontológicas e Legais. Autonomia e Direitos do Paciente. Estudo de Casos. São Paulo: E.P.U., 1998.

FOSTER, Nelson. **Erro Médico**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 2002.

FRANÇA, Genival Veloso de. **A Autonomia do Paciente no Código de Ética Médica**. Disponível em: <<http://www.medicinalegal.com.br/artigos.asp?Crit=21>> Acesso em: 26 dez. 2005.

GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio; ÁVILA, Gustavo Noronha (Org.). **Ciclo de Conferências em Bioética I**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética**. Disponível em: <<http://www.bietica.ufrgs.br>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

JONSEN, Albert R., SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. **Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine**. S.l.: McGraw-Hill, 2002.

JUNGES, José Roque. **Bioética: Perspectivas e Desafios**. São Leopoldo: Editora da Unisinos, 1999.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

KIPPER, Délio José (Org.). **Ética: Teoria e Prática. Uma Visão Multidisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

LOWN, Bernard. **A Arte Perdida de Curar**. São Paulo: JSN, 1997.

MANTOVANI, Flávia; OLIVEIRA, Ana Paula de. Cresce Número de Médicos que Divide com Paciente Escolha de Tratamento. **Folhaonline**, 28 abr. 2005, 10h28. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3914.shtml>. Acesso em: 17 jan. 2007.

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, Sérgio I. Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Texto. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/WKC/2004/WHO_WKC_Tech.Ser.04.2.pdf. Acesso em: 28 nov. 2005.

PITHAN, Livia Haygert. O Consentimento Informado como Exigência Ética e Jurídica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de (Coord.). **Bioética: Uma Visão Panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

PITHAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES, Luiz Alberto B. Simões. Capacidade Decisória do Paciente: Aspectos Jurídicos e Bioéticos. In: GAUER, Gabriel José Chittó; ÁVILA, Gerson Antônio; ÁVILA, Gustavo Noronha. **Ciclo de Conferências em Bioética I**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Volume 2: Parte Especial Arts. 121 a 183**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

REY, Luis. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Décima Câmara Cível. **Apelação Cível Nº 70005902895**. Relatora: Ana Lúcia Carvalho Pinto Vieira. Julgado em: 17-06-2004.

_____. Tribunal de Justiça. Décima Câmara Cível. **Apelação Cível Nº 70013466743**. Relator: Desembargador Luiz Ary Vessini de Lima. Julgado em: 06-04-2006.

_____. Tribunal de Justiça. Sexta Câmara Cível. **Apelação Cível Nº. 595000373**. Relator: Sérgio Gischkow Pereira. Julgado em: 28-03-1995.

_____. Tribunal de Justiça. Sexta Câmara Cível. **Apelação cível Nº 596188144**. Relator: Décio Antônio Erpen. Julgado em: 03-12-1996.

SALLES, Arleen L. F.; BERTOMEU, Maria Julia. **Bioethics: Latin American Perspectives**. Amsterdam – New York: Rodopi, 2002.

SANSEVERINO, Paulo de Tarso Vieira. **Responsabilidade Civil no Código do Consumidor e a Defesa do Fornecedor**. São Paulo: Saraiva, 2002.

SILVA, Franklin Leopoldo e. Beneficência e Paternalismo. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, ano X, n. 88, dez. 1997. p. 8-9.

SPADARI, Magno José. Procurando o Lado Humano da Medicina: Existe Outro? In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Ética e Bioética**. 2. ed. Porto Alegre: Stampa, 2006. (Coletânea de Artigos).

STUDDERT, David M; MELLO, Michelle; SAGE, William m; et al. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. **JAMA**, v. 293, n. 21, p. 2609-2617, 1 June 2005.

SZTAJN, Rachel. A Responsabilidade Civil do Médico: Visão Bioética. **Revista de Direito Mercantil, Industrial, Econômico e Financeiro**, v. 108, ano 36 (nova série), p. 12, out.-dez. 1997.

TANIMOTO, Miguel. Medicina Defensiva. **Gaceta Médica de México**, v. 138, n. 4, p. 344-346, 2002.

TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.). **Direito & Medicina**. Aspectos Jurídicos da Medicina. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

TEPEDINO, Gustavo. A Responsabilidade Médica na Experiência Brasileira Contemporânea. In: ALVIM, Arruda; CÉSAR, Joaquim Fortes Cerqueira; ROSAS, Roberto (Coords.). **Aspectos Controvertidos do Novo Código Civil**. São Paulo: RT, 2003.

TIMI, Jorge R. Ribas; MERCER, Patrick G. ; MARQUARDT, Marcelo. **A Influência do Direito no Exercício da Medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Teoria Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contratos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

YALOM, Irwin D. **Quando Nietzsche Chorou**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.