

O CONSENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE PORTADOR DA SIDA/AIDS FRENTE AO PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS)[†]

Suraia Nasralla Souza*¹

Cassia Daiane Gloger**

Resumo: A responsabilidade civil médica está ligada a ideia de obrigação. Esta responsabilidade importa em dever de reparar um dano, um prejuízo que alguém causou a outrem. O Código de Hamurabi (1790 - 1770 a.C.) já tratava da responsabilidade do médico, bem como dos cuidados e zelo a serem exercidos na atividade médica daquela época. A responsabilidade classifica-se em: responsabilidade civil, responsabilidade penal e responsabilidade administrativa. O artigo em tese está voltado para a responsabilidade civil do médico e o consentimento informado na relação com pacientes portadores da AIDS/DST, e o uso obrigatório do Protocolo do Ministério da saúde (Programa nacional de DST e AIDS). Será apresentado um caso *in*

[†] O presente artigo foi apresentado e publicado nos anais da V Mostra de Trabalhos Científicos do X Congresso de Multiculturalismo, Direitos Humanos e Cidadania, em 17 de outubro de 2017, na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

*Mestranda em Direito Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD), Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, Rio Grande do sul. Graduada em Direito pela Universidade Regional do Noroeste,(UNIJUI), Rio Grande do Sul. Especializada em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra, Pós-Graduada Lato Sensu em Direito pela Universidade Regional do Noroeste (UNIJUI),RS. Advogada OAB/RS. Integrante do Grupo de Pesquisa Transnacionalismo e Circulação de Modelos Jurídicos vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito – IMED, coordenado pelo professor Dr. Márcio Ricardo Staffen.

**Mestranda em Direito Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD), Faculdade Meridional (IMED), Passo Fundo, Rio Grande do sul. Graduada em Direito pelo Centro Universitário Ritter dos Reis - Unirritter, Canoas, Rio Grande do Sul. Advogada, OAB/RS. Pesquisadora do núcleo Transnacionalismo e Circulação de Modelos Jurídicos, vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito – IMED, coordenado pelo professor Dr. Márcio Ricardo Staffen.

concreto de processo interposto por paciente portadora de VHI/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana, Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) a qual fez uso do protocolo de TARV (Terapia Anti-retroviral), no qual realizamos a defesa do médico pediatra em todo o processo até a sentença absolutória.

Palavras-Chave: Responsabilidade Civil; Consentimento informado; Protocolo do Ministério da Saúde; Terapia Antirretroviral; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1 INTRODUÇÃO



maior procura pela prestação de serviços médicos e conseqüentemente o maior número de procedimentos tem levado a um aumento na incidência de resultados insatisfatórios, o que acarreta um aumento no número de processos por erro médico objetivando o ressarcimento e indenizações por danos morais, matérias e estéticos. O grande número de processos por erro médico que tramitam na justiça no Brasil, decorre na maioria das vezes mais do descontentamento do paciente, ou familiares, com o resultado final do tratamento realizado, do que realmente a presença de erro médico.

Assim, a prova pericial técnica será fator determinante para se verificar a presença de erro médico, produzindo a verdade e delimitando a culpa profissional.

Nos casos onde não ocorre a culpa ou não se pode culpar o que excede a prudência, a capacidade e a cautela humana, também a prova pericial facilitará o entendimento dos fatos no processo. A prova pericial delimitará a culpa excluindo o bom profissional que atua dentro dos padrões e normas técnicas exigidas no exercício profissional e ético.

O exercício da medicina está sujeito a leis regulamentadas pelo Estado. Desde a antiguidade, o médico convive com a responsabilidade civil, ética e penal pelos seus atos.

O ato do médico, mais do que em qualquer profissão, assume maior relevância por lidar com a saúde e a vida do paciente, obrigando o profissional a zelar pela atualização de seus conhecimentos, pois qualquer resultado na aplicação de seu exercício poderá desencadear fatos geradores de dano moral.

Desta forma, a essência da culpa reside na previsão dos acontecimentos, sendo este seu ponto principal. Sem ela, é impossível fundamentar ou justificar um juízo de reprovação. Não há de se reconhecer a responsabilidade civil do médico quando o resultado não poderia ser antevisto ou evitado. Além da falta de condições de trabalho, o sistema público de saúde no Brasil tem submetido o médico a uma remuneração irrisória, que não corresponde ao grau de responsabilidade e riscos à que está sujeito.

Deste ponto de vista, a situação do médico que atua no sistema público brasileiro tornou-se insustentável. Não há leitos suficientes, aparelhos para diagnóstico, medicamentos, etc. Pouquíssimos são os investimentos do Estado no que dizem respeito à saúde pública.

Do médico, espera-se que atue dentro dos limites da ciência, com o dever de diligência, usando meios e técnicas necessárias ao restabelecimento de seu paciente, no entanto, nem sempre será possível um resultado positivo. Do Estado, esperamos que invista realmente na saúde pública, e, juntamente com os profissionais da saúde encontrem nos erros, formas de prevenção.

2 RESPONSABILIDADE CIVIL

A responsabilidade civil é uma obrigação na qual uma pessoa é obrigada a reparar os danos a que der causa. Se causar um prejuízo, tem a obrigação de repará-lo.

Rodrigues conceitua:

A responsabilidade civil vem definida como a obrigação que pode incumbir uma pessoa a reparar o prejuízo causado a outra,

por fato próprio, ou fato de pessoas ou coisas que dela dependam. Realmente o problema em foco é o de saber se o prejuízo experimentado pela vítima deve ou não ser reparado por quem o causou. Se a resposta for afirmativa, cumpre indagar em que condições e de que maneira será tal prejuízo reparado. Esse é o campo que a teoria da responsabilidade civil procura cobrir. (RODRIGUES, 1999, p.6)

Aldo Aranha de Castro escreve que no Brasil, o conceito de Responsabilidade Objetiva começou a ganhar força a partir do século XX, com a Lei das Estradas de Ferro (Decreto 2.681/1921), onde definia que “as estradas de ferro deviam ser responsáveis pelos danos causados em virtude de suas atividades, independente da culpa”. Sob influência do Direito Francês, o Código Civil Brasileiro de 1916 definiu a culpa como elemento para se determinar o dano, e foi seguido também pelo código de 2002. O Código do Consumidor Brasileiro de 1990 definiu a Responsabilidade subjetiva dos profissionais liberais, assim somente poderiam ser responsabilizados quando comprovada a sua culpa, nas modalidades da imprudência, negligência ou imperícia. (CASTRO, 2005, p.9)

2.1 RESPONSABILIDADE OBJETIVA E RESPONSABILIDADE SUBJETIVA

Se o médico for preposto do hospital ou clínica médica, ou sendo sócio, ou integrante do corpo clínico, a responsabilidade do estabelecimento será objetiva, sendo aplicadas também, às regras do Código de Defesa do Consumidor (Brasil). Neste caso, a responsabilidade é objetiva, pois estamos falando de pessoas jurídicas.

Kfoury em sua obra nos dá uma visão clara sobre a responsabilidade objetiva:

Na responsabilidade objetiva, faz-se abstração da culpa, respondendo sem culpa- e se concentra na teoria do risco. A adoção dessa teoria é uma resposta às desigualdades econômicas, às diferenças de capacidade organizacional, ao anseio pelo

alargamento da responsabilidade. Visa à defesa da vítima e dos interesses desta, à segurança jurídica, à garantia de reparação. No Brasil, somente se aplica a responsabilidade objetiva as hipóteses expressamente previstas em lei.

A teoria do risco consiste numa exacerbação da responsabilidade objetiva. O prejuízo deve ser atribuído ao seu autor e reparado por quem o causou – independentemente de ter ou não agido com culpa. Responsável é aquele que causou o dano – não importa o que ele tenha a dizer comporta diversas modalidades: o risco-proveito, o risco criado, o risco integral, o risco excepcional e o risco profissional. (KFOURI, 2002, p. 34).

No Brasil, como falamos anteriormente, a responsabilidade do médico é subjetiva, entretanto, o médico responderá objetivamente, independentemente de culpa, bastando o dano quando for pessoa jurídica. A responsabilidade da pessoa jurídica no Brasil é objetiva (teoria do risco objetivo).

O atual Código Civil Brasileiro adota, em seu art. 951, a responsabilidade subjetiva, esposando a teoria da culpa, para o profissional médico.

Nesse sentido comenta Rodrigues:

Em rigor não se pode afirmar serem espécies diversas de responsabilidade, mas sim maneiras diferentes de encarar a obrigação de reparar o dano. Realmente se diz ser subjetiva a responsabilidade quando inspirada na idéia de culpa, e objetiva quando esteada na teoria do risco. (...) Dentro da concepção tradicional a responsabilidade do agente causador do dano só se configura se agiu culposa ou dolosamente. De modo que a prova da culpa do agente causador do dano é indispensável para que surja o dever de indenizar. A responsabilidade, no caso, é subjetiva, pois depende do comportamento do sujeito. Na responsabilidade objetiva a atitude culposa ou dolosa do agente causador do dano é de menor relevância, pois, desde que exista relação de causalidade entre o dano experimentado pela vítima e o ato do agente, surge o dever de indenizar, quer tenha este ultimo agido ou não culposamente (RODRIGUES, 1999, p.11).

Para a teoria do risco, ou seja, na responsabilidade objetiva, aquele que com sua atividade profissional causar danos a terceiros deve ser obrigado a repará-los, independentemente de

ter agido com culpa ou dolo.

Aqui, basta a relação de causa e efeito entre o comportamento do agente e o dano experimentado pela vítima, para que surja o dever de indenizar.

Nesse sentido também comenta Gonçalves:

A teoria clássica, também chamada de teoria da culpa ou subjetiva, pressupõe a culpa como fundamento da responsabilidade civil. Em não havendo culpa, não há responsabilidade. Diz-se, pois, ser subjetiva a responsabilidade quando se esteia na idéia de culpa. A prova da culpa (em sentido lato, abrangendo o dolo ou a culpa em sentido estrito) passa a ser pressuposto necessário do dano indenizável. A lei impõe, entretanto, a certas pessoas, em determinadas situações, a reparação de um dano cometido sem culpa. Quando isso acontece, diz-se que a responsabilidade é legal ou objetiva, porque prescinde da culpa se satisfaz apenas com o dano e o nexo de causalidade. Essa teoria, dita objetiva ou do risco, tem como postulado que todo dano é indenizável e deve ser reparado por quem a ele se liga por um nexo de causalidade, independentemente de culpa. Nos casos de responsabilidade objetiva, não se exige prova de culpa do agente para que seja obrigado a reparar o dano. Em alguns casos, ela é presumida pela lei. Em outros, é de todo prescindível (responsabilidade independentemente de culpa). (GONÇALVES, 2001, p.7-8).

Kfouri Neto afirma:

Os partidários da culpa como elemento fundamental da responsabilidade civil afirmam que a culpa possui um lastro moral, daí não se poder conceber a responsabilidade senão nela fundada. O homem se sente responsável – e obrigado – a reparar dano causado por ato culposo seu o que ocorre em relação a eventuais danos a que haja dado causa de modo absolutamente imprevisível, e pelos quais não se reconhece responsáveis, pois como disse Ripert - lembrado por Serpa Lopes-“ não os causou verdadeiramente”. (KFOURI, 2002, p. 9–10)

Assim, havendo dano e nexo causal, o agente causador do dano só se eximirá da obrigação de indenizar, se provar a culpa exclusiva da vítima, caso fortuito ou força maior.

Segundo nos ensina Rodrigues: “O evento danoso pode derivar de culpa exclusiva ou concorrente da vítima; no primeiro

caso desaparece a relação de causa e efeito entre o ato do agente causador do dano e o prejuízo experimentado pela vítima; no segundo, sua responsabilidade se atenua, pois, o evento danoso deflui tanto de sua culpa, quanto da culpa da vítima. (RODRIGUES,1999, p.16).

Na responsabilidade objetiva, o agente responde pelo resultado ainda que agindo sem dolo ou culpa. Desse modo, existindo relação de causalidade entre o dano experimentado pela vítima e o ato do agente causador do dano, surgirá o dever de indenizar.

Finalizando cito ainda Kfourri nesse sentido:

Para a caracterização da responsabilidade civil, exige-se a conduta voluntária, o dano injusto e o nexo causal. São fatores de atribuição da responsabilidade por dano ao agente: subjetivos - e culpa; objetivos – risco e equidade. Tais fatores de atribuição devem ser previstos em lei. A responsabilidade do médico é subjetiva, calcada na culpa *stricto sensu* (imperícia, negligência ou imprudência). (KFOURI,2002, p.81).

O nobre jurista Dr. Guilherme, do Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra expõem sua preocupação em relação à situação do médico e dos pacientes nos dias atuais e vindouros:

(...) por outro lado temo que recaia hoje, sobre o médico, uma sobre – expectativa acerca de seu comportamento e dos seus poderes. Os progressos espetaculares – no sentido mais vasto e rigoroso do termo – de alguns sectores da actividade clínica, designadamente da cirurgia e, mais recentemente, da genética, podem ter criado no público o sentimento enganado de que, finalmente, se sabe tudo o que em milhares de anos esteve guardado pelos Senhores dos nossos destinos. E se acrescentarmos a este estado de espírito a influência psicológica da moderna e generalizada ideologia da saúde e da longevidade, é fácil admitir que se corra o risco de exigir dos médicos uma actuação mais perfeita do que as suas reais capacidades de agir no quotidiano permitem.

O episódio trágico do rio Óder, se nunca foi paradigmático, não poderá sequer repetir-se porque, enquanto cidadãos gozam eles próprios de direitos fundamentais – o que orienta e limita a sua

responsabilização. Não chegarei, pois, ao ponto de recomendar que cada médico vá escolhendo o seu próprio saco. Mas prevejo tempos incertos em que não vai ser fácil conciliar dois interesses: satisfazer as legítimas aspirações do maior número possível de cidadãos e, ao mesmo tempo, prestar o máximo cuidado a cada um deles. (OLIVEIRA, 2005, p.71-72).

3 PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

3.1 AÇÃO OU OMISSÃO DO AGENTE

Conforme nos ensina Rodrigues: “a responsabilidade do agente pode defluir de ato próprio, de ato de terceiro que esteja sob a responsabilidade do agente, e ainda de danos causados por coisas que estejam sob a guarda deste”. (RODRIGUES, 1999, p.14-15)

Ainda, Rodrigues esclarece: “a responsabilidade por ato próprio se justifica no próprio princípio informador da teoria da reparação, pois se alguém, por sua ação pessoal, infringindo dever legal ou social, prejudica terceiro, é curial que deva reparar esse prejuízo”

O agente causador do dano terá a obrigação de reparar o prejuízo experimentado pela vítima, seja de ordem material ou imaterial, patrimonial ou não patrimonial.

3.2 CULPA DO AGENTE

O Código Civil brasileiro de 2002 contempla em seus arts. 186, 927 a 943 e 948 a 954, a obrigação de indenizar. O art. 927 reza: “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independente de culpa, nos casos previstos em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano

implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

De acordo com Rodrigues:

O segundo elemento, diria, o segundo pressuposto para caracterizar a responsabilidade pela reparação do dano é a culpa ou o dolo do agente que causou o prejuízo. A lei declara que, se alguém causou prejuízo a outrem através de ação ou omissão *voluntária, negligência ou imprudência*, fica obrigado a reparar. De modo que, nos termos da lei, para que a responsabilidade se caracterize, mister se faz a prova de que o comportamento do agente causador do dano tenha sido doloso ou pelo culposo. No dolo ou resultado danoso, afinal alcançado, foi deliberadamente procurado pelo agente. Ele desejava causar dano e seu comportamento realmente causou. Em caso de culpa, por outro lado, o gesto do agente não visava causar prejuízo à vítima, mas de sua atitude negligente, de sua imprudência ou imperícia resultou um dano para ela. (...) Ordinariamente, para que a vítima obtenha a indenização, deverá provar entre outras coisas que o agente causador do dano agiu culposamente. (RODRIGUES, 1999, P. 16-17)

Na apreciação da culpa, o advogado português Diamantino Marques Lopes, entende que a diligência exigível a um médico especialista é maior que a exigível a um não especialista.

Segundo Kfourri Neto: “Os arts. 944 e 945 do Código Civil Brasileiro introduzem a análise da gradação da culpa - e do próprio comportamento da vítima – para se fixar a extensão da reparação do dano”. (KFOURI, 2010, p.76)

Ainda Kfourri: “os arts. 186 e 951 do novo Código Civil pátrio continuam a agasalhar inteiramente a teoria da culpa, no que diz respeito à responsabilidade profissional do médico. Sobrevindo dano - morte, incapacidade ou ferimento -, a vítima deve provar que o médico agiu com culpa *stricto sensu* - negligência, imprudência ou imperícia - para poder ser ressarcida.”. (KFOURI, 2010, p.93-94)

3.3 RELAÇÃO DE CAUSALIDADE

É indispensável ainda, no conteúdo probatório, a relação

de causalidade, que pode ser considerada como nexos causal. Na opinião de Gonçalves, assim poderia se definir a questão conceitual:

É o nexos causal o etiológico entre a ação ou omissão do agente e o dano verificado. Vem expressa no verbo “causar”, empregado no art. 159. Sem ela, não existe a obrigação de indenizar. Se houve o dano, mas sua causa não está relacionada com o comportamento do agente, inexistente a relação de causalidade, e também, a obrigação de indenizar. (GONÇALVES, 2000, p.158)

Importante à definição vista na citação acima referida, pois, é justamente na relação de causalidade que a obrigação de indenizar tem seu berço. Significa dizer que há necessariamente que existir uma relação entre conduta do agente e dano causado, sendo que o dano provado precisa, portanto, de uma conduta que o tenha ocasionado, e esta última também carece de provas que a relacionem ao dano.

Há ainda maneiras de se ter o rompimento do nexos de causalidade, e estas se verificam no caso de culpa da vítima e caso fortuito, como bem ilustra o Código Civil Brasileiro. Ao se romper o nexos de causalidade, se vê afastada também a responsabilidade do agente por não se poder imputar ao mesmo o dever de indenizar mediante uma conduta que não causou o dano.

Kfoury cita Jorge Figueiredo Dias e Jorge Sinde Monteiro fulcrando os contornos da responsabilidade médica no país Luso:

Quanto ao nexos causal, vige o princípio da causalidade adequada, incumbindo ao autor o encargo de demonstrá-lo, também sobre o lesado recai o ônus de provar objetivamente que não lhe foram prestados os melhores cuidados possíveis, daí sobrevivendo o dano. Referidos autores mencionam que o juiz pode ter em conta, na apreciação da prova, as chamadas “pre-sunções judiciais, simples ou de experiência” (arts. 349º e 351º do CC), ilações que o julgador tira de um fato conhecido para afirmar um fato desconhecido, e que se inspiram nas “máximas de experiência, nos juízos correntes de probabilidade, nos princípios da lógica ou nos princípios dados da intuição humana. (KFOURI, 2010, p. 5)

A falta de todas as informações ao paciente, clara e com linguagem acessível, em relação ao seu tratamento, resultaria em ato ilícito, surgindo a obrigação de indenizar. Esta obrigação surge pelo descumprimento de uma obrigação, que pode causar danos ao paciente, e até mesmo a perda de uma chance. Explico: se o médico ao realizar um procedimento cirúrgico simples, e encontra um tumor maligno (câncer), resolve retirá-lo sem o consentimento do paciente. No entanto, o paciente perdeu a chance de ter o tumor retirado por um oncologista especialista para o caso em tese. Nota-se que houve a perda de uma chance, havendo nexo causal e consequentemente a possibilidade de gerar danos morais ao lesado.

3.4 DANO

O dano é elemento essencial na configuração da responsabilidade civil médica. Trata-se de uma lesão a um bem jurídico, causando prejuízo a determinada pessoa. Este prejuízo pode ser patrimonial ou extrapatrimonial (moral).

E assim conceitua Cavalieri Filho:

Indenização sem dano importaria enriquecimento ilícito; enriquecimento sem causa para quem a pagasse, porquanto o objetivo da indenização sabemos todos, é reparar o prejuízo sofrido pela vítima, reintegrá-la ao estado em que se encontrava antes da prática do ato ilícito. E, se a vítima não sofreu nenhum prejuízo, a toda evidência, não haverá o que ressarcir. Daí a afirmação, comum praticamente a todos os autores, de que o dano é não somente o fato constitutivo mas, também, determinadamente do dever de indenizar. (CAVALIERI FILHO, 2005, p. 95-96)

4 NATUREZA JURÍDICA DA OBRIGAÇÃO MÉDICA

A responsabilidade médica é considerada de natureza contratual por praticamente toda a doutrina. O entendimento de Matielo sobre o tema, também se configura como a maioria:

“A responsabilidade é contratual, (...), que decorre do inadimplemento de uma obrigação inerente à vinculação previamente firmada entre as partes, ou seja, causada por uma conduta injusta”. (MATIELO, 1998, p.43)

Os médicos possuem obrigação de meio, devendo empregar com perícia e cuidado toda a sua técnica e conhecimento visando restabelecer a saúde do paciente, jamais se comprometendo ao resultado final, mas apenas, em usar de todos os meios disponíveis e aceitos eticamente para alcançar este objetivo, ou seja, a própria cura. Leonor também entende que a natureza jurídica da obrigação médica seja contratual:

Entre nós, Aguiar Dias afirma que a “responsabilidade do médico é contratual, não obstante a sua colocação no capítulo dos atos ilícitos”, admitindo exceções nos casos em que, ocorrendo morte do paciente, caberia ação de natureza delitual por parte de familiares prejudicados ou quando inexistindo contrato, o médico agir com imperícia, negligência ou recusar assistência a pessoa em perigo iminente. O autor alerta que neste contrato a obrigação é de meio, através de cuidados conscienciosos, atentos e atualizados cientificamente. (KÜHN, 2002, p.63)

A visão do país Luso muito se assemelha à brasileira sendo que a responsabilidade tanto dos médicos como das unidades de saúde é de caráter contratual, sem que tal obstem as circunstâncias de o paciente não ter contratado diretamente os serviços correspondentes, nem a de estes serem gratuitos.

4.1. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Como descrito no artigo 333 do Código de Processo Civil Brasileiro, cabe a quem alega o fato, provar seu direito.

Entretanto, o Código de Defesa do Consumidor, em razão do princípio da hipossuficiência, altera esta norma, protegendo assim o paciente que sendo leigo em conhecimento médico, estaria em desvantagem em relação e este.

Kfoury, em sua obra sobre o ônus da prova corrobora este entendimento:

Código de Defesa do Consumidor atribui ao juiz a critério dele próprio, facilitar a defesa do consumidor, parte mais fraca da relação de consumo: se necessário invertendo o ônus da prova. Todavia, como adverte João Batista Lopes, o juiz não poderá afastar-se da razoabilidade, do bom senso e das regras de experiência. (KFOURI, 2002, p.148)

Não há incompatibilidade na inversão do ônus da prova com a responsabilidade subjetiva do profissional liberal, como é descrita no artigo 14, § 4º do CDC. Pois apenas transfere-se a responsabilidade de provar o fato do paciente hipossuficiente para o profissional liberal, que terá que provar que não agiu com culpa, em nenhuma das suas modalidades. A ele cabe demonstrar que agiu dentro da técnica da sua profissão e que não causou dano ao paciente.

Seguindo esta linha de pensamento, Kühn cita Zuccherino que entende que a carga probatória deve ficar com o médico, “na medida em que a desigualdade científica e técnica em favor do médico devem ser compensadas com esta desigualdade jurídica – probatória em favor do paciente”. (KÜNH, 2002, p. 92)

Apesar de ser do paciente o ônus da prova, o juiz pode conferir ao mesmo a inversão deste ônus, pelo princípio da hipossuficiência.

Segundo Diamantino Marques Lopes e outros:

O lesado tem de seu lado o ônus da prova da culpa do profissional, uma vez que o dever médico, regra geral, é de meios, máxime quando se refere a assistência médica e a intervenções cirúrgicas. Há casos onde se presumindo a negligência médica, ocorre ao médico provar que não argui com negligência, Imprudência ou imperícia. (LOPES, 2005, 284)

5 CONSENTIMENTO INFORMADO

5.1 CONCEITO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

O consentimento informado seria a manifestação de

vontade do paciente autorizando o profissional da saúde a realizar determinado tratamento ou procedimento.

Assim, o paciente consente livremente que o profissional da saúde o assista. A anuência do paciente é fator determinante para a validade do consentimento informado, sendo que a sua ausência tornará o consentimento cerceado de vícios.

Quanto às informações dirigidas ao paciente, é fundamental que seja ele informado sobre as condutas e procedimentos a serem realizados, seus riscos e possíveis consequências. Se for menor de idade ou incapaz, seus pais ou responsáveis serão os que receberão a informação. A partir desta informação e esclarecimento, é que se vai conseguir o consentimento para a realização do ato médico E, que seja um consentimento esclarecido, isto é, que seja feito pelo profissional de forma clara, com linguagem acessível, isento de qualquer coação, ou indução. Sobre este tema, consentimento, Genival Veloso França reforça esta tese:

Com o avanço cada dia mais eloquente dos direitos humanos, o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e seu incontestável destino com a obtenção do consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais. Isso atende ao *princípio da autonomia ou da liberdade*, pelo qual todo indivíduo tem por consagrado o direito de ser autor do seu próprio destino e de optar pelo rumo que quer dar a sua vida. (FRANÇA, 2001, p.247).

Para cada ato ou procedimento necessário durante o tratamento deve ser obtido o consentimento, pois o consentimento dado para um ato é restrito a este, e não abrangente a outros. Pode o paciente, ou seus responsáveis, revogarem este consentimento a qualquer tempo.

Poderá haver casos em que não haverá tempo hábil para conseguir-se o consentimento, ou o paciente nega-se a dá-lo. Diante de iminente perigo de vida, e inadiável necessidade do ato salvador, posiciona-se França:

Em tais circunstâncias estaria justificado o tratamento arbitrário, em que não se argui à antijuricidade do constrangimento ilegal nem se pode exigir sempre um consentimento. Diz o bom

senso que, tratando-se do inadiável e do indispensável, estando o próprio interesse do paciente em jogo, deve o médico realizar por meios moderados aquilo que aconselha a sua consciência e o que seria mais adequado para a saúde do paciente (*princípio da beneficência*). (FRANÇA, 2001, p.248).

No Brasil, muitos médicos ainda são céticos nesse sentido, ignorando a real importância que o consentimento informado tem no cotidiano da medicina.

Também é dever do profissional médico a informação ao colega que vai avaliar ou, no caso de transferência do paciente, devendo conter nesta informação toda a evolução da doença, exames realizados, e tratamento já proposto.

Entretanto, quando não for possível o consentimento, devido ao perigo de morte iminente, o médico deverá sempre respeitar o bem maior, que é a vida do paciente, com o máximo de prudência, evitando assim, o abuso ou desvio do poder.

O jurista Miguel Kfoury Neto enfatiza:

O consentimento deveria ser documentado e registrado, pena de o profissional ver-se impossibilitado de provar a efetiva obtenção do assentimento do enfermo-fato que também poderá redundar em consequência gravosa, no âmbito cível. (KFOURI, 2002, p.297).

O consentimento informado do paciente passa a ideia de uma relação contratual. Um contrato propriamente dito, onde se estabelece os direitos e obrigações de contratante e contratado.

Gilberto Baumam de Lima em sua obra *Consentimento Informado Na Relação Entre Profissionais, Instituições de Saúde e Seus Pacientes* cita o renomado mestre, Rui Stoco; “o dever de informar obriga em primeiro lugar o doente e seus familiares, pois, serão eles que inicialmente fornecerão aos profissionais e instituições de saúde os elementos necessários a concluir sobre os males que o atinge e a prática recomendável a ser ministrada” (LIMA, 2005, p.15).

Na Escola Americana, o paciente tem o direito de saber a realidade de seu estado de saúde. Genival Veloso França preconiza: “O ato médico não implica um poder excepcional sobre

a vida ou saúde do paciente. O dever de informação é imperativo como requisito prévio para o consentimento”. (FRANÇA, 2001, p.249)

Ainda, Genival fala no consentimento continuado que seria:

Sempre que houver mudanças significativas nos procedimentos terapêuticos, deve-se obter o consentimento continuado, pois a permissão dada anteriormente tinha tempo e atos definidos (princípio da temporalidade). Admite-se também que em qualquer momento da relação profissional, o paciente tem o direito de não mais consentir certa prática ou conduta, mesmo já consentida por escrito, revogando assim a permissão outorgada (princípio da revogabilidade). O consentimento não é um ato inexorável e permanente. (FRANÇA, 2001, p.247).

O Eminent jurista português Dr. André Dias Pereira em sua obra *O Consentimento Informado Na Relação Médico-Paciente* entende como sendo um princípio fundamental do consentimento informado, a pessoa poder revogar livremente a qualquer tempo o seu consentimento.

Sabemos que ao abandonar o tratamento, os riscos inerentes a essa atitude podem trazer consequências irreversíveis para o paciente. Poderia exemplificar ficticiamente, o caso de um Testemunho de Jeová, que não consente a transfusão de sangue de parente em acidente automobilístico. Depois, mudando de ideia, consente na transfusão. No entanto, este consentimento sendo tardio, já não mais mudará o quadro clínico do paciente que vai a óbito.

Explico melhor, quando do atendimento do trauma, cada período de tempo que transcorre, o quadro clínico do paciente poderá e certamente vai piorar, fazendo que a gravidade do caso aumente e a estabilidade geral do paciente se deteriore. Quanto mais tarde forem decididas as intervenções ou procedimentos, maiores os danos e riscos advindos do atendimento, e por consequência, maiores o risco de quem atende de ter um resultado insatisfatório, com os riscos à vida e saúde do paciente e por consequência, desagradando com os resultados os familiares.

Isto caracterizaria a perda de uma oportunidade de um melhor resultado, seja em qualidade da saúde do paciente ou, pela sua sobrevivência.

O consentimento informado não pode faltar em um tratamento ou procedimento cirúrgico. Primeiramente vem a informação e posteriormente o consentimento do paciente. Porém, ambos devem estar unidos. Jamais poderá haver consentimento, sem antes ter havido a informação.

Quanto à informação, podemos dizer que esta deverá ser clara o suficiente para que o paciente entenda e possa escolher o tratamento ou tratamentos apresentados. Devemos ficar atentos aqui, aos lapsos temporais exigidos para determinados procedimentos. Há casos onde se exige um tempo maior, como no caso de esterilização (laqueadura), onde o prazo no Brasil a Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar fala em 60 (sessenta) dias no mínimo, entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

Ao paciente devem ser colocados todos os riscos prováveis e os benéficos que se pretendem alcançar. O médico não poderá prometer a cura do paciente. Sabemos que a responsabilidade do médico é de meios e não de resultado.

Como entendimento majoritário no ordenamento jurídico brasileiro, o consentimento informado é um ato jurídico. Assim, quando um consentimento conter vício ou algum defeito que o macule, poderá ser anulado.

Como ato jurídico que é o consentimento informado também é considerado como um negócio jurídico. Um verdadeiro contrato, gerando direitos e obrigações aos seus contratantes.

Gilberto de Lima cita Francisco Amaral nesse sentido:

Quando tais atos consistem em declarações da vontade humana destinadas a produzir determinados efeitos, permitidos em lei e desejados pelo agente, isto é, quando contém determinada intenção, chamam-se 'negócio jurídico', como contratos, o testamento, as declarações unilaterais de vontade. Temos então que, no ato jurídico, a eficácia decorre da lei, é 'ex lege', enquanto no negócio jurídico decorre da própria vontade do agente, é 'ex voluntate'. Outra diferença existe na circunstância de que o ato

jurídico em senso estrito é simples atuação de vontade, enquanto o negócio jurídico é instrumento de autonomia privada, poder que os particulares, tem de criar as regras de seu próprio comportamento para a realização de seus interesses. (LIMA, 2005, p.53).

O artigo 15 do novo Código Civil diz que: "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica". Como consequência do dispositivo, fica evidenciado que os médicos devem informar os pacientes sobre todos os riscos do tratamento, bem como lhes informar o grau, extensão e consequências de suas enfermidades.

A questão que se põe é a de que o paciente não queira ser submetido ao tratamento, preferindo correr os riscos da morte por causa da doença, no lugar de correr os riscos de morte do tratamento. Se o médico desrespeitar o que dispõe o artigo 15 do CC, e realizar o tratamento ou a intervenção cirúrgica, sobrevivendo o resultado morte, poderá invocar a excludente penal de estado de necessidade de terceiro? Mais, qual será a sua responsabilidade civil? Caso o resultado do tratamento ou da intervenção cirúrgica seja satisfatório e o paciente não morra, mesmo assim o médico terá de responder pelo descumprimento de tal artigo? Quem tem mais condições de avaliar os riscos do não tratamento, o médico ou o paciente, lembrando sempre que a atividade médica consiste em uma obrigação de meios, não de resultado.

O contrato requer a manifestação de duas ou mais vontades, bem como a capacidade genérica dos contraentes. O art. 104 do Código Civil Brasileiro entende que somente as pessoas capazes podem consentir. Os considerados incapazes serão representados por seu representante legal.

Nosso estudo versa sobre o consentimento de paciente capaz, com lucidez para compreender e consentir livremente naquilo que lhe estão propondo. Dessa forma, não entraremos no mérito dos absolutamente ou relativamente incapazes. Nestes

casos haveria a necessidade de apuração técnica sobre o comprometimento da capacidade de compreensão de cada paciente. O estudo então deveria ser mais aprofundado, havendo a necessidade de perícia médica para cada caso.

O paciente pode no seu consentir, informar inclusive quem poderá ter acesso às informações sobre a sua condição de saúde. Nesse caso, o médico estará protegido de qualquer acusação em relação à intimidade do paciente. Não há que se falar aqui em quebra de sigilo médico.

No Brasil, menor de 18 anos de idade que for emancipado pode exercer o seu consentimento, dentro é claro, de um equilíbrio jurídico prudente.

Há uma maior preocupação, quando o paciente for portador de doença mental muitas vezes imperceptível. Nesse sentido, entendo que a apuração técnica sobre o comportamento do paciente, seria o caminho do meio, o mais prudente.

5.2 CONSENTIMENTO INFORMADO - PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA SIDA/HIV

Este caso clínico (do qual participamos como procuradoras do médico pediatra) mostra a figura do consentimento informado do paciente portador da SIDA/HIV e o Protocolo do Ministério da Saúde.

Recém-nascido, com mãe portadora do HIV positivo é encaminhado ao SAE/CTA- protocolo específico. Médico da Secretaria da Saúde do Município ministra uso de AZT, mais fórmula láctea para evitar possível transmissão vertical.

Denomina-se transmissão vertical do HIV quando a criança é infectada pelo vírus durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. Por esse motivo não faz amamentação e usa a fórmula láctea.

O médico segue criteriosamente o protocolo, evitando evolução/desenvolvimento da doença. Sem o uso dessa

medicação o menor está altamente vulnerável e corre risco de desenvolver a síndrome, tendo que utilizar coquetel anti-retroviral por toda a sua vida.

A mãe processa médico afirmando que filho não necessitava do tratamento, que o bebê não havia sido contaminado. Afirma ainda, que não houve o consentimento informado, livre e consciente.

Em 1994 os resultados do Protocolo 076 do *AIDS Clinical Trial Group* evidenciaram uma redução de 67% na transmissão vertical com o uso da zidovudrina durante a gestação, trabalho de parto, parto propriamente dito, e pelos recém-nascidos que foram alimentados exclusivamente com a fórmula infantil. Vários países confirmaram a eficácia do AZT (zidovudina) na redução da transmissão vertical, inclusive quando a intervenção é realizada tardiamente na gestação, e até mesmo quando ministrada apenas no recém-nascido.

Mesmo sem a possibilidade do exercício do consentimento informado pela autora, não se verifica danos ou ato ilícito do médico, que seguiu o protocolo.

Sabemos que o Princípio da Igualdade quando a relação entre profissionais de saúde e o paciente forem na esfera pública (protocolos e programas de saúde públicas) devem sofrer interpretações diferenciadas. Já na esfera privada, é necessário a anuência prévia do paciente. Muitos países entendem que ele (protocolo) seja obrigatório, sob pena de incorrer em ato ilícito.

O Ministério da Saúde Brasileiro, em nome do combate a doenças transmissíveis como SIDA/AIDS impõe o uso do protocolo pelo critério da universalidade, garantindo o Princípio da Igualdade. O mesmo princípio obriga o sigilo quanto ao tratamento e dados pessoais do paciente.

As evidências descritas acima apontam como principais fatores contribuintes para a redução da transmissão vertical do HIV a promoção de intervenções que redução a carga viral materna e que propiciem a realização rápida do parto com adequada

assistência ao binômio mãe-filho, reforçando que todos os encontros com a gestante, parturiente ou puerperal representam oportunidade para o oferecimento do teste antirretroviral (ver textos complementares sobre aconselhamentos pré e pós teste...pp.52 a 58 e sobre Testes Rápidos anti-HIV...pp.59 a 72 do Programa Nacional de DST/AIDS.

5.3 TRANSMISSÃO VERTICAL EM NÚMEROS

A taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20% ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV+. Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode reduzir-se para menos de 1%. No ano de 2004, estimou-se que cerca de 12.000 parturientes estavam infectadas pelo HIV+ no Brasil.

Em novembro de 2005, o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de DST e AIDS reuniu o Comitê Assessor para Recomendações de Profilaxia da transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em gestantes, que revisou as Recomendações de Terapia Anti-Retroviral (TARV) e as demais condutas relacionadas à profilaxia da transmissão vertical do HIV.

Ao ser feito o diagnóstico de infecção pelo HIV durante a gestação, a paciente preferencialmente deverá ser encaminhada para o Serviço de Assistência Especializado (SAE) que fará o seu acompanhamento clínico, como portadora do HIV. O acompanhamento pré-natal também deverá, idealmente, ser feito em serviço de referência durante toda a gestação, devendo igualmente existir referência formalizada para o parto e pós-parto.

No caso apresentado, houve a perícia técnica de profissional médico infectologista onde ficou evidenciado que não houve agir culposo por parte do médico pediatra. A sentença é bastante recente datada de maio de 2017, no processo número 019/1.10.0011949-9, Tribunal de Justiça do Estado Rio Grande

do Sul.

Passamos agora a apresentar parte do laudo pericial da médica perita que diz: “Mais de 95% das crianças portadoras de HIV foram contaminadas por transmissão vertical (transmissão mãe-bebê). Essa transmissão pode ocorrer intra-útero, peri-parto (durante o parto) e na amamentação. A taxa de transmissão é em torno de 30% na ausência de medidas profiláticas, que são medicações anti-retrovirais durante a gestão ou parto, pela mãe, durante os primeiros meses de vida, pelo bebê, e suspensão da amamentação materna. A maior parte da transmissão vertical (50-80%) acontece no final da gestação, mas pode acontecer no início. Com o uso das medidas profiláticas o risco de transmissão cai para menos de 2%, portanto, pergunto: o que houve durante o pré-natal com a mãe do autor? No Brasil, há a disponibilidade do pré-natal gratuito e acessível a todas as mulheres. Há também a disponibilidade de teste de HIV e quando este exame é positivo, essas gestantes são encaminhadas para o acompanhamento especializado. Mesmo sem pré-natal, na chegada ao hospital, é realizado teste rápido de HIV para aquelas gestantes que não tem o exame. Esse exame é feito para proteger o bebê. E se for positivo, durante o parto, é feita medicação intravenosa para evitar a transmissão. (...). No caso em análise, não houve negligência dos réus e sim da mãe do autor que não realizou acompanhamento médico adequado. Prova disso é que chegou ao hospital com carga viral desconhecida. A mãe do autor alega que ele nunca teve o vírus. Isto não é verdade. Com certeza o bebê foi contaminado. Porém, com o uso da medicação adequada fornecida pelo Governo Federal, essa contaminação foi revertida (...).

5.4 VÍCIOS DO CONSENTIMENTO INFORMADO

5.4.1 VICIO MATERIAL

Dentre os vícios do consentimento do paciente em

relação ao tratamento ou procedimentos cirúrgicos propostos pelo profissional da saúde, existem os vícios materiais e os vícios de forma.

Os vícios materiais seriam: a falta de indicação médica, violação dos bons costumes e da ordem pública, falta de informação e a falta de capacidade.

Presentes alguns dos vícios no consentimento prestado poderá o mesmo ser invalidado de acordo com o Mestre Dr. André: *o consentimento prestado pode ser invalidado por várias razões. Assim acontece quando não há uma indicação médica para a intervenção; quando o paciente não tem capacidade ou quando não lhe foi transmitida a informação adequada e suficiente.* (PEREIRA, 2004, p.175)

Na falta de indicação médica, haveria o erro de diagnóstico, sendo o médico responsabilizado por negligência de acordo com o art ° 485 do Código Civil Português.

Em relação à violação dos bons costumes e da ordem pública, o consentimento será considerado nulo.

Quanto a falta de informação do médico ao paciente, o consentimento será inválido e a intervenção proposta pelo médico será ilícita.

Em relação à sanção no que diz respeito aos vícios materiais que maculam o consentimento, o direito português não chegou a uma conclusão se inválido ou ineficaz. Nesse sentido, Mestre Dr. André entende:

Numa análise meramente formalista, que atenda apenas ao elemento sistemático, poderíamos defender que, em regra, quando não estão preenchidos os pressupostos do consentimento este é inválido, já que as normas de direito civil são reguladoras do valor dos actos jurídicos, não devendo o intérprete estar preso à linguagem do CP, orientado por outros princípios e outros fins. Mas, procurando uma análise substancial da questão, devemos questionar em que consiste a ineficácia e a invalidade. Esta última “provém de uma falta ou uma irregularidade dos elementos internos (essenciais, formativos) do negócio”, resulta de vícios ou deficiências (em sentido estrito) depende de

“alguma circunstância extrínseca que, conjuntamente com o negócio, integra a situação completa produtiva de efeitos jurídicos”. (PEREIRA, 2014, p.177)

A falta de capacidade causará a invalidade do consentimento. A capacidade é como vimos um requisito fundamental para a validade do “*consentire*”.

É a lei quem vai estabelecer quem tem legitimidade para arguir a anulabilidade, bem como o prazo prescricional para propô-la.

Tanto o direito português, como o brasileiro entendem que o consentimento deve seguir as diretrizes ditadas em cada ordenamento jurídico.

5.4.2 VÍCIO FORMAL

O Direito Civil Português entende que o consentimento informado deve ser escrito, sob pena de nulidade, conforme o art.º 220 do Código Civil Português.

É claro, que nos casos de urgência e emergência o consentimento do paciente será muitas vezes difícil ou até mesmo impossível. Nestes casos, caberá ao médico preservar o bem maior envolvido que é a vida do paciente. Por exemplo: chega em um hospital um paciente vítima de acidente automobilístico ou atropelamento, com ruptura de baço, já em estado de “choque”, pela hemorragia interna, necessita urgentemente de cirurgia. O médico não poderá esperar por um consentimento, estando o paciente inconsciente.

6 FORMAS DE PREVENÇÃO DE PROCESSOS MÉDICOS

O direito e a justiça para alcançarem seu intento baseiam-se em provas, e em documentos escritos. No caso da responsabilidade médica, buscam-se as provas de inocência ou do erro profissional dentro dos documentos usados para registro destes atos, que são os prontuários. Estes locais deveriam conter toda a

evolução da relação médico – paciente, desde entrevista (anamnese), realização de exames, evolução da doença, tratamento proposto, e consequências deste, tais como a cura ou complicações. Apesar de tão importantes, os prontuários não estão recebendo a devida atenção dos médicos aqui no Brasil, quer por pouco hábito em preenchê-los ou economia de tempo, o que gerará num futuro litígio, uma prova incompleta, ineficaz, que poderá significar a diferença entre a absolvição ou a condenação.

Dos passos a serem seguidos pelo médico para o tratamento das doenças: Segundo o parecer do Excelentíssimo Senhor Juiz de Direito da 8ª Vara Cível Residual da Comarca de Campo Grande, MS, nos Autos: 97.0032696-9 qual deveria ser a conduta adequada do profissional médico ao atender o paciente:

O profissional da medicina, para tratar o doente com zelo, diligencia, deve utilizar de forma adequada dos recursos de sua profissão, e devem percorrer os seguintes passos:

- a) Saber de antemão qual é a queixa principal do paciente, isto é, saber do doente porque ele o procurou;
- b) Traçar a história clínica do doente, através da narração feita pelo próprio paciente;
- c) Fazer exame físico (contato físico do médico com o paciente)
- d) Solicitar exames complementares, que podem ser o laboratorial, Raio X, ultrassonografia, ecografia e outros;
- e) Levantar a hipótese diagnóstica (diagnóstico não definido)
- f) Fazer o diagnóstico definitivo. Os tratamentos futuros terão como base esse diagnóstico, que, em sendo errado, comprometerá todo tratamento;
- g) Realizar a conduta ou procedimento correto para viabilizar a cura ou até mesmo para buscar apenas a amenização da dor do doente, quando a cura não é

possível. Esta conduta pode ser clínica (como por exemplo internação) ou cirúrgica (operação).

7 CONCLUSÃO

O trabalho apresentado tratou de uma realidade do cotidiano do atendimento de pacientes por médicos, não só no Brasil, mas em todo o mundo. Demonstra a importância da relação médico – paciente e o consentimento informado, bem como a sua escolha consciente. Existe uma diversidade de usos para o consentimento informado, desde a simples prescrição do tratamento proposto, passando por indicação de exames diagnósticos, invasivos ou com medicações (contraste), e tratamentos cirúrgicos.

O trabalho teve por objetivo demonstrar a relação entre o Direito e a Medicina, que trilham caminhos muito próximos, muitas vezes, necessitando a medicina da visão jurídica formal, para que possa ser realizado um tratamento que foi indicado.

O artigo deu enfoque a um caso clínico real, que tem relação com o trabalho desenvolvido, pois envolvem questões como o consentimento informado, a culpa médica como pressuposto para a responsabilidade civil, e a obrigatoriedade do uso do Protocolo para Tratamento de SIDA / AÍSD, do Ministério da Saúde (Princípio da Universalidade).

O caso apresentado destacou a importância do consentimento informado na relação médico-paciente frente aos tratamentos propostos, bem como a irrelevância desse consentimento quando o ordenamento jurídico determinar o uso obrigatório de protocolos / Leis Federais.

Aqui, no caso em tese, o médico pediatra que seguiu o protocolo do Ministério da Saúde para SIDA/HIV foi processado. O paciente portador ou filhos de mães portadoras são obrigados a fazer uso do protocolo pelo princípio da universalidade. Não é necessário o consentimento do paciente, pois o bem maior

é a segurança da saúde pública.

A lacuna ou desequilíbrio jurídico é visualizada no momento em que é imposto aos profissionais da saúde fazerem o uso do protocolo, e ao mesmo tempo em que a lei o obriga, também aceita a instauração de processo contra o médico, pela mãe do menor por uso do mesmo protocolo.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988, atualizada até a EC nº 91/2016. Brasília: Senado Federal, 2016.
- BRASIL. CÓDIGO CIVIL. *Código Civil Brasileiro*. São Paulo. Ed. Revista dos Tribunais, 2014.
- CASTRO, Aldo Aranha de. *Responsabilidade Civil do Médico no Tocante à Culpa Médica e a Liquidação dos Danos*. Curso de Mestrado da Universidade de Marília. Brasil, 2005.
- CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de Responsabilidade Civil*. 5ª ed. Malheiros, 2004.
- FRANÇA, Genival Veloso. *Direito Médico*. 7. ed. São Paulo : Fundação BYK, 2001.
- GONÇALVES, Carla. *Responsabilidade Civil Médica, um problema para além da culpa*. Coimbra Editora, 2008.
- GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito civil : parte geral*. v.1. 8. ed. São Paulo : Saraiva, 2000.
- KFOURI NETO, Miguel. *Culpa médica e o ônus da prova*. São Paulo : RT, 2002.
- _____. *Responsabilidade civil do médico*. 7.ed. São Paulo : RT, 2010.

- KÜHN, Maria Leonor de Souza. *RESPONSABILIDADE CIVIL: a natureza jurídica da relação médico-paciente*. São Paulo : Manole, 2002.
- LEX MEDICINAE. Revista Portuguesa de Direito da Saúde. Ano 4 – nº 7, Janeiro/junho 2007
- LEI 9.263/96- Planejamento familiar.
- LIMA, Giulberto Baumann. *Consentimento Informado na relação entre profissionais, instituições de saúde e seus pacientes*. Londrina, 2005.
- LOPES, Diamantino Marques. *Responsabilidade dos Médicos*. Coimbra editora, 2005.
- MATIELO, Fabrício Zamproga. *Responsabilidade Civil do Médico*. Porto Alegre : Sagra Luzatto, 1998
- OLIVEIRA, Guilherme de. *Temas de Direito da Medicina*, v1, 2ª ed. Coimbra Editora, 2005
- PEREIRA, André Gonçalo Dias. *O Consentimento Informado na Relação médico – Paciente*. Coimbra Editora, 2004
- Programa Nacional de DST/AIDS. Novembro de 2005
- RODRIGUES, João Vaz. *O Consentimento Informado para o acto médico no ordenamento jurídico português*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Editora Coimbra, 2001.
- RODRIGUES. Silvio. *Direito civil. Responsabilidade civil*. São Paulo: Saraiva, 1999.
- _____. *Responsabilidade civil do médico*. São Paulo : RT, 2003
- WARAT, Luiz Alberto. *A ciência jurídica e seus dois maridos*. Santa Cruz do Sul: Faculdades Integradas de Santa Cruz do Sul, 1985.